

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Novembre 1895

PAR

Henri ROUSSEAU

NÉ A ROUBAIX (NORD), LE 2 FÉVRIER 1872

DE L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE

dans les cancers viscéraux

Président : M. STRAUS, A., , professeur.

Juges : MM. {
TERRIER, professeur.
LEJARS, agrégé.
WURTZ, agrégé.

LILLE

IMPRIMERIE LEFEBVRE-DUCROCQ

—
1895

17

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Novembre 1895

PAR

Henri ROUSSEAU

NÉ A ROUBAIX (NORD), LE 2 FÉVRIER 1872

DE L'ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE

dans les cancers viscéraux

Président : M. STRAUS, A., , professeur.

Juges : MM. { TERRIER, professeur.
LEJARS, agrégé.
WURTZ, agrégé.

LILLE

IMPRIMERIE LEFEBVRE-DUCROCQ

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle et médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DELBET.	MARFAN.	THIERY.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MARIE.	THOINOT.
ANDRE.	GILBERT.	MENETRIER.	TUFFIER.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	WALTER.
BROCA.	HARTMAN.	RETTERRER.	WEISS.
CHANTEMESSE	HEIM.	RICARD.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	ROGER.	WURTZ.
CHASSEVENT.	LETULLE.	SEBILEAU.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAUCON

Professeur de médecine opératoire à la Faculté libre de Lille.

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté libre de Lille.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR STRAUS

Médecin des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Il nous'a été donné d'observer, dans le courant de cette année, à la consultation de M. le professeur Faucon, un cas de cancer du rein, dont le diagnostic n'avait pu être établi que par l'existence d'une adénopathie sus-claviculaire concomitante.

Sur les conseils de notre maître, nous nous sommes mis à rechercher les observations analogues et nous nous sommes décidé à faire de cette adénite spéciale le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de produire une œuvre originale. puisque la question a été traitée déjà, et avec une grande compétence, par plusieurs auteurs, M. Troisier, en particulier ; nous voulons simplement apporter notre contribution à l'étude de ce point de pathologie insuffisamment connu et qui offre cependant une réelle importance.

Il n'entre pas dans notre plan de parler des cancers des organes thoraciques, qui s'accompagnent normalement d'adénopathie médiastine et sus-claviculaire ; nous envisagerons seulement les cas où l'adénite sus-claviculaire est liée à l'existence de cancers viscéraux à distance.

Mais avant d'entrer en matière, il nous reste un devoir

bien agréable à remplir : c'est d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté libre de Lille, l'expression de notre reconnaissance pour l'excellent enseignement dont nous leur sommes redevable.

Nous remercions spécialement M. le professeur Faucon, qui nous a inspiré ce travail, et dont nous avons pu apprécier la grande bienveillance dans tout le cours de nos études.

M. le professeur Straus nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive ici l'assurance de notre gratitude.

CHAPITRE I.

HISTORIQUE

L'envahissement des ganglions lymphatiques dans la région correspondant à une tumeur maligne a été connue pour ainsi dire de tout temps ; mais la propagation du cancer à distance, et en particulier celle des cancers viscéraux aux ganglions sus-claviculaires est entrée depuis moins longtemps dans le domaine des connaissances médicales.

Suivant Hénoc, c'est Virchow qui le premier aurait indiqué comme signe de diagnostic certain des cancers abdominaux l'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Hénoc¹ lui-même insiste à plusieurs reprises sur la valeur de ce signe, d'abord à propos du cancer du foie, puis à propos du cancer de l'estomac : « Le diagnostic devient plus certain, dit-il, lorsqu'on trouve des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule. »

Plus tard, en 1865, dans une clinique sur le diagnostic

1. HENOCH. — *Klinik der Unterleibs-Krankheiten*. 1854, 1^{er} vol., p. 223 et 2^e vol., p. 159.

du cancer de l'estomac, Oppolzer ¹ s'exprime de la sorte : « Un des signes les plus importants qui peut servir à différencier le cancer de l'ulcère de l'estomac, c'est l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et notamment des aisselles et du cou. »

Dans une leçon faite à l'hôpital de la Charité, le professeur Jaccoud ² insiste sur la valeur séméiologique des ganglions sus-claviculaires dans les cancers viscéraux.

En 1874, Friedreich ³, dans une leçon sur le cancer de l'estomac, fait ressortir l'importance de ce même signe pour le diagnostic. Dans l'observation du malade qui a fait le sujet de cette clinique, et que nous rapportons plus loin voici ce qu'on peut lire : « La fosse sus-claviculaire gauche est remplie par un paquet de ganglions lymphatiques durs, non douloureux, de la grosseur d'une noisette. »

A propos d'une observation du cancer latent de l'estomac, Leube ⁴, en 1876, fait la réflexion suivante : « Un indice déjà plus certain de l'existence d'un cancer de l'estomac, que la simple cachexie, c'est la tuméfaction des ganglions périphériques, avant tout, de ceux de la région sus-claviculaire. Toutefois, elle manque assez souvent et peut naturellement tenir à d'autres causes. »

Mazand ⁵, dans sa thèse sur les nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral, dit ceci : « Ces tumeurs ganglionnaires du cou n'appartiennent pas exclusivement au cancer du médiastin. Sans compter toutes les affections locales et

1. OPPOLZER. — *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1865, p. 38.

2. JACCOUD. — *Leçons de clinique médicale faites à la Charité*, 1866, 5^e Leçon.

3. FRIEDREICH. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874, p. 1.

4. LEUBE. — *Zimssen's Handbuch* Bd VII, 2, 1879, p. 127. *Krankheiten des Chylopoet.* App. 1.

5. MAZAND. — Thèse de Paris, 1877.

les états généraux qui peuvent s'accompagner de ce symptôme, il est des observations parfaitement précises qui nous le montrent se rattachant à l'envahissement cancéreux d'organes plus ou moins éloignés : tantôt le poumon, le péricarde ou la plèvre ; tantôt l'estomac, le péritoine ou le foie. C'est là un fait moins généralement connu et plus difficile à expliquer. » Et il ajoute que Grisolle voyant survenir, au milieu de symptômes gastriques plus ou moins obscurs, une induration des ganglions sus-claviculaires, n'hésitait point à porter le diagnostic de cancer stomacal, diagnostic pleinement confirmé par l'autopsie.

La question semblait être tombée dans l'oubli, lorsqu'en 1886, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, M. Troisier ¹ rappela sur elle l'attention des cliniciens. L'auteur avait surtout pour but de démontrer l'importance de l'adénopathie sus-claviculaire dans le diagnostic du cancer de l'estomac. Sa note provoqua dès lors la publication d'une série d'observations, et l'on put bientôt se rendre compte que ce signe se rencontrait non-seulement dans le cancer de l'estomac, mais aussi dans la plupart des cancers de l'abdomen. C'est ce qu'il résulte du mémoire publié en 1889 par M. Troisier ², où il réunit un certain nombre d'observations personnelles et beaucoup de faits antérieurs, dans lesquels l'adénite est signalée, soit incidemment, soit comme une localisation importante. L'excellente thèse de M. Belin ³, très documentée, sur les adénopathies externes à distance dans les cancers viscéraux,

1. TROISIER. — *Bull. de la Société méd. des Hôp.*, 1886, p. 394.

2. TROISIER. — *Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'abdomen. Arch. gén. de Médecine*, 1889 p. 129 et 297.

3. BELIN. — Thèse de Paris, 1888.

avait été d'une grande utilité à M. Troisier pour son travail.

De nouvelles communications à la Société médicale des Hôpitaux fournissent la matière d'un second mémoire de Troisier ¹ en 1893. L'auteur, qui a décidément attaché son nom à l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen, y rapporte la première observation de cancer testiculaire où le signe ait été observé. La même année, M. le professeur A. Poncet ², de Lyon, qui a rencontré deux cas semblables, les communique à la Société de médecine de Lyon et son élève, M. Lesnès ³ en fait l'objet de sa thèse.

Il faut encore citer un intéressant mémoire de Spinelli ⁴ intitulé : *Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers des organes du petit bassin et de l'abdomen*. On y trouve quatre observations nouvelles d'adénopathie sus-claviculaire dans le cours de cancers abdominaux et pelviens et un résumé de trente observations déjà connues.

Dernièrement enfin, à la Société médicale des Hôpitaux ⁵ s'élevait une très intéressante discussion sur la valeur diagnostique et pronostique du signe de Troisier. La question est donc toute d'actualité et nous croyons avoir fait œuvre utile en en donnant une vue d'ensemble aussi exacte que possible.

1. TROISIER. — *Arch. gén. de Médecine*, 1893 p. 423.

2. PONCET. — *Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule*, Lyon Médical, 31 déc. 1893.

3. LESNÈS. — Thèse de Lyon, déc. 1893.

4. SPINELLI. — *Rivista di clinica e terapeutica*, août, 1893.

5. *Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1895 p. 73.

CHAPITRE II.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant de décrire les caractères particuliers de l'adénopathie sus-claviculaire, il est bon de donner un aperçu anatomique des ganglions normaux de la région que nous aurons à étudier.

D'après Cruveilhier ¹, les ganglions cervicaux concentrés à la région antérieure du cou sont très nombreux et aussi très variables par leur situation, leurs rapports et leur volume. On les divise en superficiels et profonds :

1° Les ganglions cervicaux superficiels, au nombre de quatre ou six, se voient le long de la veine jugulaire externe ; ils se trouvent donc placés, d'une part, entre le péaucier et le sterno-cleido-mastoïdien, d'autre part, dans le triangle sus-claviculaire, c'est-à-dire dans l'espace compris entre la clavicule, le bord antérieur du sterno-mastoïdien et le trapèze. On trouve, de plus, quelques ganglions supérieurs très petits entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde et sur le côté du larynx.

2° Les ganglions cervicaux profonds, très nombreux (20 à 30 selon Theile), forment une série non interrompue

1. CRUVEILHIER. — *Anatomie descriptive*, tome III.

autour de la veine jugulaire interne et des artères carotides, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax, au-devant de la colonne vertébrale, sur les côtés du pharynx et de l'œsophage.

Ceci connu, il nous sera facile de déterminer le siège exact de l'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse. Nous verrons ensuite successivement tous les caractères qui la désignent à notre attention.

Siège. — Le lieu d'élection est déjà connu : c'est le triangle sus-claviculaire, et les ganglions intéressés sont ordinairement les plus superficiels. La masse ganglionnaire se trouve, d'une part, entre les deux faisceaux du sterno-cleido-mastoïdien, qu'elle déborde le plus souvent en arrière, et, d'autre part, immédiatement au-dessus de la partie moyenne de la clavicule ; parfois même, c'est en arrière de cet os qu'il faut chercher la saillie formée par la tumeur et, pour arriver à la sentir, on est obligé de déprimer fortement les tissus. Quand la tumeur ganglionnaire acquiert un volume considérable, elle peut occuper toute la largeur de l'espace compris entre les deux faisceaux du muscle et arriver à déborder à la fois en dehors et en dedans.

Nombre. — Le nombre des ganglions hypertrophiés et cancéreux est assez variable ; ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'on trouve ordinairement une masse unique, qui peut comprendre jusqu'à six ou huit ganglions agglomérés.

D'ailleurs, cette masse, examinée au début, est formée d'un ganglion unique ; c'est secondairement qu'on voit se développer dans le voisinage de celui-ci un ou plusieurs ganglions qui viennent s'accoler au premier et faire corps avec lui. Dans quelques cas cependant, où l'on a pu suivre jusqu'à la fin le développement de l'adénopathie sus-clavi-

culaire, on a vu se former un véritable chapelet ganglionnaire tout le long de l'artère carotide et de la veine jugulaire interne, mais seulement lorsque le malade était arrivé à un degré très avancé de cachexie. Il y avait alors une propagation de ganglions superficiels aux ganglions profonds.

Nous aurons à revenir sur ce caractère de masse unique que présente l'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse et nous verrons qu'il constitue l'élément le plus important dans le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire cervicale qui est toujours de la polyadénite.

A l'inspection, rien ne vient attirer l'attention du côté du creux sus-claviculaire, tant que l'adénopathie n'a pas acquis un certain volume. Plus tard, la tumeur ganglionnaire fait une saillie qui déforme le creux sus-claviculaire ; cette déformation est surtout visible lorsque l'adénopathie est unilatérale, par comparaison avec le côté sain.

Il n'y a pas d'œdème, ni aucun changement de coloration de la peau.

La palpation nous renseigne sur la forme, le volume, la consistance et la mobilité de la tumeur.

Volume. — Le volume peut varier de celui d'un pois à celui d'une orange et même davantage. Ordinairement, il est d'autant plus considérable que l'affection est à un degré plus avancé. Il diffère suivant le nombre de ganglions agglomérés dans la masse sus-claviculaire.

Forme. — La tumeur est sphérique, ou plus souvent ovoïde, son grand axe étant dirigé parallèlement à la clavicule. Sa surface est parsemée de bosselures, d'inégalités qui tiennent à sa constitution.

Quelquefois, on trouve une chaîne ganglionnaire étagée perpendiculairement à la clavicule, le long de la veine

jugulaire ; mais cela n'a été observé que dans les derniers temps de la vie, comme nous l'avons déjà fait remarquer.

Consistance. — Un des caractères les plus importants de l'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse est sa consistance qui est d'une dureté remarquable, presque pierreuse. Ce signe fait rarement défaut ; c'est un excellent élément de diagnostic des autres adénopathies cervicales. Dans une seule de nos observations (Obs. XXXVI), il est dit que la tumeur sus-claviculaire donne, dans la plus grande partie de sa masse, la sensation de fluctuation. Ce fait, unique d'ailleurs, s'explique pour deux raisons : la première, c'est qu'on avait fait au sein de la tumeur deux ponctions successives, nous ne savons pour quelles raisons ; la seconde c'est que la masse ganglionnaire reproduisait dans sa texture, le tissu néoplasique de la tumeur primitive qui était du chondrome embryonnaire du testicule.

Mobilité. — Indépendamment du volume et de la forme de la tumeur, elle est constamment douée d'une grande mobilité ; elle roule sous le doigt et ne contracte nulle adhérence avec la peau. Cependant, lorsque les ganglions profonds sont atteints par le processus cancéreux, la mobilité est moins nette, parce qu'ils sont bridés par les plans aponévrotiques avec lesquels ils sont en connexion.

Signes subjectifs. — L'adénite sus-claviculaire est ordinairement indolore ; aussi, tant qu'elle n'atteint pas un volume assez notable pour frapper le malade, passe-t-elle souvent inaperçue ; la découverte du ganglion par le clinicien est pour le patient une véritable surprise ; d'où la difficulté de préciser la date exacte de l'apparition. A côté de ces cas, il en est d'autres, très rares cependant, puisque la douleur n'est signalée que deux fois dans nos 37 observations (Obs. I et XXIX), où la présence du

ganglion détermine des phénomènes de compression fort gênants. Dans l'observation XXIX, ce sont des sensations paroxystiques de strangulation ; dans l'observation I, la malade se plaignait de douleurs dans le bras gauche ; cette douleur, presque continue, avec des irradiations très vives, qui se reproduisaient sous forme de crise, était vraisemblablement en rapport avec l'irritation du plexus brachial par la tumeur ganglionnaire. Elle fut même la raison d'une intervention chirurgicale ; l'ablation du ganglion amena un soulagement notable, mais les mouvements du bras restèrent gênés et douloureux. Chose remarquable, la malade survécut seize mois à son opération, quoiqu'elle eût déjà à cette époque un aspect cachectique très accusé.

Localisation. — L'adénopathie cancéreuse est beaucoup plus fréquente à gauche, puisque, sur 37 observations, elle siégeait

29 fois du côté gauche,

4 — — droit,

4 — des deux côtés en même temps.

Les proportions sont telles qu'on ne peut admettre une coïncidence fortuite ; il y a réellement là un lieu d'élection pour l'adénopathie sus-claviculaire d'origine abdominale ; nous verrons, en étudiant la pathogénie, à expliquer la raison de cette localisation.

Si maintenant, on envisage les associations de l'adénopathie sus-claviculaire avec les autres adénopathies externes, on trouve qu'elle coexistait avec des localisations inguinales ou axillaires dans huit cas. On a même signalé l'adénopathie sus-épitrochléenne ; Troisier l'aurait observée dans un cas de cancer de l'estomac¹. Les ganglions sus-épitrochléens étaient atteints en même temps que les axillaires, les inguinaux et les sus-claviculaires ; l'examen histologique a

1. TROISIER. *Arch. gén. de Médecine*. 1893, t. I, p. 436.

fait voir qu'ils avaient réellement subi la dégénérescence cancéreuse. Il n'y a d'ailleurs rien d'étonnant à cela, étant données les relations directes des ganglions sus-claviculaires avec les axillaires, et de ceux-ci avec les sus-épitrochléens.

Il ne faut pas oublier non plus que ces adénopathies inguinales, axillaires, sus-épitrochléennes, peuvent aussi exister isolément, sans qu'il y ait adénopathie sus-claviculaire concomitante. C'est un fait sur lequel Troisier insiste, à la suite du professeur Jaccoud ¹, et qui a également une grande valeur séméiologique. La thèse de Belin, qui traite de toutes les adénopathies cancéreuses à distance, est en partie consacrée au développement de cette idée.

Évolution. — L'époque de l'apparition du ganglion sus-claviculaire est ordinairement tardive; l'adénite se montre à une période avancée de l'affection cancéreuse et ne fait que confirmer le diagnostic en venant ajouter une preuve de plus en faveur du cancer : c'est une manifestation pour ainsi dire terminale de la maladie.

Sur 19 cas où l'on a pu noter d'une façon à peu près exacte la date de l'apparition de l'adénopathie sus-claviculaire, nous trouvons que la survie a été :

1	fois de 2 semaines ;
3	» 1 mois ;
5	» 2 mois ;
1	» 3 mois ;
1	» 3 mois 1/2 ;
2	» 4 mois ;
1	» 4 mois 1/2 ;
2	» 5 mois ;
1	» 6 mois ;

1. JACCOUD. *Leçons de clin. méd.*, Paris, 1888, p. 256.

1 fois de 18 mois ;

1 » 2 ans ;

soit une moyenne de 2 à 3 mois de survie ; au-dessus de 6 mois, la durée est exceptionnelle.

C'est pourtant dans les cas où il apparaît d'une façon précoce que le signe de Troisier acquiert une valeur séméiologique exceptionnelle, parce qu'il permet alors d'affirmer le cancer avant même l'apparition des signes de cachexie et empêche une intervention qui ne pourrait être qu'une funeste.

Nous ne connaissons que deux exemples d'apparition précoce de l'adénite sus-claviculaire : dans le premier, la tumeur avait précédé de deux ans l'apparition des signes de cachexie ; il s'agissait d'un cancer du rein (Obs. XXV). Dans le second, la découverte du ganglion, jointe à la cachexie, permet d'affirmer l'existence d'un cancer viscéral que l'exploration la plus minutieuse de tous les appareils ne peut localiser (Obs. I). Ici, la tumeur ganglionnaire étant le siège de violentes douleurs, fut la cause d'une intervention opératoire ; on l'extirpa et, malgré cela, la malade vécut encore 16 mois, soit en tout 18 mois après le début de l'adénite. Il est probable qu'on avait eu affaire, dans ce cas, à une adénite se produisant d'emblée à distance, les ganglions du médiastin et même ceux en rapport avec l'organe primitivement atteint, restant indemnes. Nous essayerons d'expliquer plus loin la pathogénie des cas de ce genre.

Si l'on peut suivre de jour en jour l'évolution de la tumeur ganglionnaire, dès son apparition, on voit d'ordinaire qu'elle est constituée au début par un seul ganglion mobile, du volume d'une noisette. Ce ganglion augmente peu à peu, mais il reste rarement unique : on voit bientôt s'ajouter au premier un ou plusieurs autres gan-

glions, formant avec lui une masse parfaitement agglomérée, dont l'ensemble reste toujours mobile sous la peau et va s'augmentant d'une façon à peu près uniforme jusqu'à ce que la mort arrive. Tel est le cas le plus commun. Dans aucune de nos observations, l'adénopathie cancéreuse n'a pu évoluer jusqu'à la période d'ulcération ou même de ramollissement.

D'autres fois, la tumeur n'a pas le temps de prendre un grand développement, parce que la mort survient trop vite ; elle peut même n'être révélée qu'à l'autopsie. L'observation de Vidal (Obs. II) en est la preuve. Il s'agit d'un cancéreux de l'estomac, très amaigri et cachectique, chez lequel l'examen méthodique des régions inguinales et axillaires et surtout des deux creux sus-claviculaires, pratiqué huit jours avant la mort, n'avait permis de trouver aucun ganglion révélateur. A l'autopsie, avant toute dissection, on pouvait déjà percevoir, dans le triangle sus-claviculaire gauche, un petit ganglion dur, non adhérent, et très mobile. Il y en avait un autre dans l'aisselle gauche. L'apparition peut donc être rapide et il faut se livrer à des examens fréquemment réitérés pour dépister le ganglion dès son origine.

Enfin, il est des cas assez communs, où l'adénopathie sus-claviculaire gagne de proche en proche les ganglions cervicaux profonds et forme une sorte de chapelet tout le long des vaisseaux du cou.

L'adénopathie sus-claviculaire peut-elle rétrocéder ? Ceci semble difficile à admettre, étant donné que le tissu cancéreux a une tendance naturelle à augmenter et à s'accroître. Cependant la question a été soulevée cette année à la Société Médicale des Hôpitaux, par M. Girode, dans une communication faite au nom de M. Lalesque.

« M^{me} X...., quarante-huit ans, ayant joui d'une bonne

santé habituelle, voit se développer, en concomitance avec une anémie grave, des symptômes gastro-intestinaux, douleurs, dyspepsie élective, tumeur de l'hypocondre droit, etc., faisant présumer l'existence d'un cancer du duodenum. Il y eut à deux reprises des mélena et une hémorragie utérine, d'ailleurs inexpliquée.

» Au cours de cet ensemble, on constate le développement d'adénopathies sus-claviculaires gauches : un des ganglions dépasse le volume d'une amande.

» Or, une amélioration de l'état général et local ayant été obtenue par le traitement au chlorate de soude et les lavages de l'estomac, on a vu les adénopathies rétrocéder d'une façon complète et les ganglions reprendre un volume tout à fait normal.

» On ne saura nier l'anomalie et la singularité de cette observation, encore qu'elle soit incomplète et limitée à des renseignements cliniques. Le diagnostic cancer, semble tout à fait positif. Mais le mécanisme, la nature, et surtout l'évolution régressive de l'adénopathie, restent inexpliqués. »

En présence d'un fait si singulier, nous dirons, avec M. Troisier, qu'en l'absence d'autopsie, il paraît bien difficile d'affirmer que le ganglion guéri fût cancéreux. Il s'agissait probablement d'une adénite simple, dont on aurait pu faire peut être le diagnostic, si l'on avait étudié tous ses caractères. L'auteur en particulier ne nous dit pas si les ganglions restaient indépendants les uns des autres, ou s'ils formaient une masse unique : on sait que ce caractère est un des plus probants en faveur de la nature cancéreuse de l'adénopathie sus-claviculaire.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

L'adénopathie sus-claviculaire mérite à juste titre une bonne place dans la séméiologie des cancers abdominaux, et surtout gastriques, et nous affirmerons sans crainte avec Troisier, que lorsqu'on la trouve avec tous les caractères décrits au précédent chapitre, c'est un signe pathognomonique d'une affection cancéreuse interne.

Tout d'abord, elle permet d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux. Si, par exemple, on se trouve en présence d'un malade atteint de troubles digestifs graves : dyspepsie, douleurs, vomissements, la découverte du ganglion sus-claviculaire sera une preuve convaincante en faveur du cancer de l'estomac, quand bien même la palpation attentive du creux épigastrique ne laisserait sentir aucune tumeur.

Mieux que cela, le signe de Troisier peut éveiller à lui seul l'idée de l'existence d'un néoplasme dans des cas où celui-ci eût été méconnu sans lui. Dans notre observation personnelle de cancer du rein (Obs. XXIII), grâce à l'excellent état général du sujet et à un ensemble de conditions particulières, le diagnostic de calcul rénal s'imposait presque. Il fut même question d'une intervention que le malade n'accepta pas au premier abord. Or, lorsque

deux mois plus tard, désireux d'obtenir une guérison radicale, il revint lui-même réclamer l'opération, l'adénopathie sus-claviculaire s'était développée : force fut alors de réformer le diagnostic primitif pour admettre celui de cancer rénal ; toute intervention devenait inutile en présence de cette généralisation et, quelque temps après, le malade succombait. On voit par là tout l'intérêt que prend le ganglion sus-claviculaire quand il apparaît d'une façon précoce ; le diagnostic s'éclaire et on ne court pas les risques d'une intervention dont les résultats ne peuvent être que funestes.

Cependant il ne faudrait pas exagérer outre mesure la valeur de l'adénopathie sus-claviculaire. C'est à dessein que nous avons dit qu'elle doit avoir ses caractères spéciaux pour être pathognomonique, car elle n'est pas toujours de nature cancéreuse. Il y a d'autres adénopathies du creux sus-claviculaire, coexistant avec d'autres affections que le cancer et qui pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic, si l'on n'y prenait garde. Nous voulons parler de celles qui accompagnent parfois la tuberculose et la syphilis.

Adénopathie tuberculeuse. — L'adénopathie sus-claviculaire peut se rencontrer chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire. Catrin¹ a vu dans son service un tuberculeux porteur d'adénopathies assez généralisées, qui guérit cependant de son affection au point que toutes les adénites rétrocedèrent, excepté cependant celle qui siégeait en ce groupe spécial sur lequel Troisier a le premier attiré l'attention. L'affection se localisa longtemps en ce point, puis enfin cette adénopathie finit elle-même par guérir.

1. *Bulletins de la Soc. méd. des Hôp.* 1893, p. 800.

Fernet ¹ ajoute que l'adénite sus-claviculaire peut se montrer au cours de la tuberculose pulmonaire, alors que l'on est loin encore de la période de cachexie, et même au contraire dans les phases initiales.

Une observation ² rapportée cette année à la Société médicale des Hôpitaux, prouve la difficulté que peut présenter parfois le diagnostic de cette adénopathie spéciale.

« Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, entrée le 15 février 1894, à l'hôpital Beaujon ; elle présente depuis deux mois des troubles dyspeptiques, des vomissements, des douleurs épigastriques. Elle a une teinte subictérique peu prononcée, la peau est sèche, l'urine rare et foncée. Le foie est augmenté de volume, mais sans nodosités. Il y a un peu d'ascite.

» Dans la région sus-claviculaire, il existe trois ganglions altérés, le plus gros ayant le volume d'une noisette. Ils sont *bien isolés les uns des autres*, durs, un peu mobiles, non adhérents à la peau. On procède à l'ablation du plus gros, pour l'examiner.

» L'état de la malade continue à s'aggraver ; l'ictère s'accroît, le ventre se ballonne, un mouvement fébrile irrégulier se déclare. La mort arrive le 3 avril.

» En présence des renseignements cliniques précédents et avant tout examen méthodique du ganglion extirpé, on se fût difficilement défendu de l'idée d'une affection cancéreuse.

» L'évolution rapide de la maladie, le développement de la cachexie en même temps que l'hypertrophie rapide et considérable du foie plaident en faveur de l'hypothèse de cancer. A vrai dire, l'hypertrophie hépatique semblait bien

1. *Bulletins de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1893, p. 801.

2. GIRODE. — *Ibid.*, année 1895, p. 73.

irrégulière ; on ne trouvait pas les bosselures qui caractérisent le cancer nodulaire. Mais ce signe n'est pas toujours appréciable ; il peut devenir obscur quand il y a de l'ascite et du tympanisme. D'ailleurs ce qui manquait en caractère précis était compensé par la signification présumée de l'adénopathie sus-claviculaire gauche. En somme, tout concourait à faire admettre une affection cancéreuse.

» Or l'examen histologique du ganglion extirpé montra qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse massive et presque uniforme, sur laquelle tranchent des nodules tuberculeux mieux dessinés avec cellules géantes typiques et bacilles tuberculeux. La moitié du ganglion triturée dans l'eau stérilisée et injectée dans le péritoine d'un cobaye a déterminé une tuberculose expérimentale mortelle en vingt-sept jours.

» A l'autopsie, le foie présente l'aspect d'une cirrhose hypertrophique très faiblement granuleuse.

» Au sommet du poumon gauche, il existe une symphise ancienne et au centre du lobe supérieur une masse tuberculeuse caséo-crétacée, autour de laquelle s'est faite récemment une éruption assez confluyente de granulations isolées ou en amas muriformes.

» Histologiquement, la lésion hépatique est une cirrhose biveineuse. On ne trouve pas de formation tuberculeuse. »

En somme, il y a dans ce fait deux éléments morbides probablement indépendants, rien ne permettant d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion hépatique. Il s'agit d'une cirrhose à marche rapide, au cours de laquelle se réveille une ancienne tuberculose pulmonaire. Le mécanisme de développement des adénopathies tuberculeuses sus-claviculaires semble facile à expliquer dans ce cas-ci : par leur topographie, les ganglions dégénérés correspondaient

assez étroitement à la symphise tuberculeuse du sommet gauche et à l'éruption tuberculeuse récente du voisinage : il y a donc un lien direct entre ces manifestations bacillaires, la reprise tuberculeuse ayant eu, chez cette malade cachectique, un caractère infectant et un retentissement ganglionnaire précoce.

En tout cas, on voit par là que la tuberculose peut quelquefois réaliser des adénopathies cervicales susceptibles d'en imposer pour un cancer des organes viscéraux. La notion de ces cas, exceptionnels d'ailleurs, ne saurait altérer la valeur du ganglion de Troisier, dont la signification clinique ne peut que gagner en précision par le rapprochement avec des faits analogues.

Sur quoi nous baserons-nous donc pour faire le diagnostic? On remarquera d'abord que dans l'observation qui vient d'être rapportée, les trois ganglions étaient restés indépendants les uns des autres. Cela n'existe jamais dans l'adénite cancéreuse ; celle-ci peut être constituée par plusieurs ganglions, mais ces ganglions, ainsi que nous l'avons dit précédemment, forment une masse agglomérée, qui présente des bosselures dues à la multiplicité de ces ganglions, mais qui reste ordinairement unique. Au contraire dans les manifestations ganglionnaires de la tuberculose, on trouve constamment un nombre assez marqué de ganglions : ils sont disséminés sur toute la surface du triangle sus-claviculaire et, de plus, ils sont volumineux. Enfin, la consistance n'est pas la même dans les deux affections : les ganglions sus-claviculaires cancéreux présentent une dureté ligneuse très remarquable, qu'on ne retrouve plus aussi accentuée chez les ganglions tuberculeux. Ces quelques caractères différents suffiront à donner l'éveil sur la nature réelle de l'adénopathie sus-claviculaire.

Adénopathie syphilitique. — Les manifestations ganglion-

naires de la syphilis atteignent assez fréquemment les côtés du cou ; aussi n'est-il pas rare de voir les ganglions sus-claviculaires intéressés. Le diagnostic n'est embarrassant que lorsqu'il y a en même temps des troubles cachectiques pouvant en imposer pour du cancer.

M. Mathieu ¹ a observé un cas de ce genre.

Un homme de 45 ans éprouvait des troubles digestifs accentués, du dégoût pour les aliments, surtout pour la viande. Il avait notablement maigri, son teint était jaunâtre. L'hypothèse d'un cancer d'estomac qui se présentait immédiatement à l'esprit parut confirmée par la présence de ganglions indurés dans l'aire du triangle sus-claviculaire gauche. Le régime lacté mixte, l'usage du chlorate de soude à dose assez élevée amenèrent une certaine amélioration. Un jour, on aperçut sur le corps quelques papules suspectes : ce fut le point de départ d'une enquête qui fit découvrir une syphilis datant de trois mois, parfaitement ignorée du malade. Le traitement spécifique donna de si heureux résultats que l'on peut mettre sur le compte de l'infection syphilitique les troubles digestifs et l'amaigrissement général.

Le diagnostic s'appuiera, dans les cas de cette nature, sur les commémoratifs et sur la présence d'accidents spécifiques concomitants. On aura soin d'explorer complètement la région cervicale et l'on trouvera ailleurs que dans le creux sus-claviculaire des traces de l'adénopathie syphilitique. Dans l'observation que nous venons de mentionner, un examen plus approfondi fit découvrir des ganglions indurés vers l'angle supérieur du triangle sus-claviculaire et en arrière à la nuque. Ici encore, contrairement à l'adénopathie cancéreuse, on se trouve en présence d'une polyadénopathie

1. *Soc. méd. des Hôp.*, 1895, p. 78.

disséminée. Le seul caractère commun, c'est la dureté des ganglions dans la syphilis secondaire comme dans la généralisation néoplasique.

En dehors des adénopathies tuberculeuses et syphilitiques, il reste très peu d'affections dont les manifestations puissent prêter matière à confusion avec l'adénopathie qui nous occupe. Nous signalerons cependant, pour être complet, une erreur de diagnostic assez instructive, commise dans un cas d'ulcère rond publié par M. Mathieu.¹

Une femme d'une quarantaine d'années avait été soignée d'abord pour un ulcère rond. Après une amélioration passagère de quelques mois, elle avait été reprise de douleurs et de vomissements ; plusieurs fois survinrent des vomissements noirs, semblables à de la suie délayée. La cachexie progressive, les vomissements noirs, l'existence d'une résistance profonde au creux épigastrique, la présence d'un petit ganglion dur, indolore, roulant sous le doigt, en arrière de la clavicule gauche, amènent à penser à la transformation d'un ulcère simple en épithélioma. A l'autopsie, de l'avis de M. Cornil qui y assistait, il s'agissait d'un ulcère simple ; il n'y avait du reste aucun noyau secondaire dans le foie et pas d'adénopathie cancéreuse au voisinage.

Cette coïncidence du ganglion sus-claviculaire avec l'existence d'un ulcère simple est tellement exceptionnelle qu'on peut ne pas en tenir compte pour établir le diagnostic : du reste, la conduite à suivre demeure la même et la terminaison n'est pas moins fatale dans les cas où l'affection s'accompagne de troubles aussi graves.

1. *Soc. med. des Hôp.* p. 77.

L'adénie, c'est-à-dire l'hypertrophie ganglionnaire idiopathique ne pourrait prêter matière à confusion qu'à son début, dans le cas où elle se localiserait d'abord à la région cervicale, particulièrement au creux sus-claviculaire, et serait accompagnée de troubles dyspeptiques, fait assez commun dans cette affection. Le diagnostic ne restera pas longtemps en suspens : l'apparition de nouveaux ganglions, leur dispersion dans toutes les régions, leur développement considérable auront vite éclairé la nature de ces manifestations ganglionnaires.

Enfin nous dirons un mot, pour terminer, des goîtres aberrants, que Albers appelle goîtres ganglionnaires ¹ et qui peuvent être pris parfois pour des adénopathies. Supposons, en effet, une tumeur solide qui se développe dans un nodule épars, localisé au creux sus-claviculaire, indépendant de la masse principale ou relié à elle par un pédicule long et grêle ; cette tumeur ne présente aucun des caractères du goître, puisqu'elle ne suit pas l'ascension du larynx et que d'ailleurs le corps thyroïde peut ne pas être hypertrophié. Le diagnostic ne pourra guère s'appuyer que sur l'absence des signes en faveur du cancer.

En résumé, l'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse se reconnaîtra aux caractères suivants : consistance ligneuse, mobilité, indolence, tumeur unique, mais formée par l'agglomération de plusieurs ganglions soudés entre eux.

1. *Traité de Chirurgie*, vol. 5.

CHAPITRE IV.

PRONOSTIC & TRAITEMENT

Nous avons vu que, pour la moyenne des cas observés, la survie après l'apparition du ganglion sus-claviculaire, est de trois mois environ ; c'est donc un signe du plus mauvais augure et qui implique un pronostic très grave.

Cependant, M. Rendu¹ rapporte un fait qui semble devoir restreindre la valeur pronostique du signe de Troisier. Une femme, maigre, cachectique et dyspeptique, présentait un ganglion sus-claviculaire unique, logé derrière le sterno-mastoïdien gauche, au lieu d'élection. Malgré le résultat négatif de la palpation, au point de vue de la recherche d'une tumeur abdominale, la présence du ganglion induré avait fait diagnostiquer un cancer gastrique. Chose surprenante, la malade se mit à engraisser et à digérer et, au bout de trois mois, elle quitta l'hôpital, parfaitement portante en apparence ; le ganglion n'était pas modifié. Malheureusement, la malade n'a plus été revue ; il est probable qu'il y a eu là une simple rémission dans la marche de l'affection cancéreuse, comme cela s'observe quelquefois et il ne faudrait plus voir dans ce fait

1. *Soc. méd. des Hôp.* 1893, p. 800.

qu'un exemple d'apparition précoce de l'adénopathie sus-claviculaire, exemple à ajouter à ceux des observations I et XXV où la survie a été de dix-huit mois et de deux ans. A part cela, quelle que soit la date de son apparition, elle est toujours une preuve d'extension au système lymphatique et entraîne nécessairement un pronostic fatal.

Quant à l'adénopathie elle-même, on ne peut généralement lui attribuer aucune influence fâcheuse. C'est une manifestation tardive qui n'a pas le temps de développer pour son propre compte les accidents spécifiques ou mécaniques d'une affection cancéreuse. Deux cas seulement font exception à cette règle générale : dans l'un (Obs. I), la tumeur ganglionnaire déterminait des crises douloureuses et de la gêne dans les mouvements du bras, par compression du plexus brachial ; dans l'autre (Obs. IV), l'augmentation rapide du ganglion provoqua l'obstruction de la veine sous-clavière et l'œdème du bras tout entier, accidents qui cédèrent du reste au bout d'un mois. Ce sont là des complications purement mécaniques, dont l'importance mérite d'être signalée.

La conduite à tenir en présence de l'adénopathie sus-claviculaire est très simple : elle est une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale du côté du cancer abdominal dont elle est la manifestation, puisqu'elle est une preuve de généralisation.

Il convient également de s'abstenir de toute manœuvre opératoire du côté du ganglion, d'autant plus qu'il n'entraîne ordinairement par sa présence aucun inconvénient. Toutefois, la règle ici n'est pas aussi absolue : il suffit de s'en rapporter à l'observation I : le ganglion déterminait, par la compression du plexus brachial, des crises douloureuses tellement violentes, qu'on eut recours, pour les faire cesser, à l'extirpation du ganglion. Malgré cela, la malade survécut

encore seize mois. Il est probable qu'au moment de l'opération, l'adénopathie sus-claviculaire était la seule manifestation à distance, sans ganglions intermédiaires, de l'affection cancéreuse : on a pu vérifier quelques cas de ce genre à l'autopsie.

Mais ce sont là des exceptions : le ganglion claviculaire est presque toujours un indice de mort prochaine et, à moins d'être imposée par des complications comme celle dont nous venons de parler, une intervention contre lui est au moins inutile, si elle n'est pas funeste.

CHAPITRE V.

PATHOGÉNIE ¹

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de nature cancéreuse, on ne manque jamais de rechercher l'état des ganglions, car rien n'est plus commun que leur envahissement dans les cas de ce genre. Il s'effectue de proche en proche, les ganglions les plus voisins étant les premiers atteints, puis, à mesure que l'affection progresse, de nouveaux ganglions sont atteints et le néoplasme peut être ainsi transporté par voie lymphatique loin de son foyer d'origine en se généralisant. En est-il ainsi dans les faits dont il s'agit ici ? Existe-t-il toujours une chaîne de ganglions dégénérés qui relie l'adénopathie sus-claviculaire à la lésion primitive ? C'est ce que nous nous proposons de voir et d'expliquer dans ce chapitre.

Dans l'ensemble de nos observations, nous en possédons vingt-et-une avec autopsie que nous allons analyser. L'état des ganglions thoraciques n'est indiqué que dix-sept fois. Or, dans cinq de nos observations (Obs. II, VII, XI, XXII, et XXXIII), il est noté que les ganglions médiastinaux étaient

¹. Nous avons reproduit une grande partie dans ce chapitre, les idées émises par Troisier dans ses deux mémoires sur ce sujet. (Arch. Gén. de Méd. 1889 et 1893.)

absolument indemnes. Dans les onze autres cas, quelques-uns de ces ganglions, sinon tous, étaient atteints de dégénérescence cancéreuse. Ces derniers cas s'expliquent aisément ; la propagation se fait de ganglions à ganglions en suivant les voies lymphatiques ; encore n'est-il pas nécessaire que tous les ganglions intermédiaires soient altérés. Ici, le ganglion sus-claviculaire à son apparition, marque l'étendue de la généralisation, et il ne faut pas s'étonner dans la suite de voir les ganglions cervicaux profonds se prendre à leur tour.

D'autre part, l'adénopathie sus-claviculaire pourra être liée à la production de noyaux secondaires dans le poumon avec adénopathie médiastine. Tel est, par exemple, le cas de l'observation XXI, où, concurremment avec un cancer primitif du foie, on découvrit à l'autopsie des noyaux de généralisation dans les poumons. Ici encore, la propagation se fait de proche en proche, comme si le cancer pulmonaire était primitif.

Il reste donc à interpréter les cas où l'autopsie, soigneusement faite, n'a permis de découvrir aucune trace d'adénopathie intermédiaire, où la manifestation ganglionnaire du cancer s'est faite d'emblée au creux sus-claviculaire. Et ces cas ne sont pas rares : nous n'avons que cinq autopsies à l'appui, mais nous sommes persuadé que ce moyen de propagation se montre plus fréquemment dans la pratique : c'est d'ailleurs le plus intéressant. Quelle est donc la raison de cette localisation isolée et si éloignée de la lésion primitive ?

Il faut d'abord remarquer que dans les cas qu'il s'agit maintenant d'interpréter, l'adénopathie sus-claviculaire siégeait à gauche : nous avons vu d'autre part la préférence marquée dans la plupart des observations de l'adénite pour le côté gauche : ceci nous ramène à l'étude de ce lieu

d'élection qu'il est aussi nécessaire d'expliquer. Les deux questions se tiennent et doivent recevoir la même solution.

C'est dans les relations anatomiques des ganglions sus-claviculaires avec le canal thoracique qu'il faut naturellement chercher la cause de cette infection cancéreuse à distance.

Le canal thoracique, ayant pris naissance au devant de la 2^e ou 3^e vertèbre lombaire, par une dilatation en ampoule connue sous le nom de réservoir du chyle ou citerne de Pecquet, vient s'ouvrir dans l'angle de réunion des veines sous-clavière et jugulaire interne du côté gauche, après avoir décrit une sorte de crosse à concavité inférieure; c'est précisément au niveau de cette anse, au point où le conduit change de direction que s'abouchent les troncs lymphatiques venant des ganglions sus-claviculaires, troncs très courts qui prolongent la direction principale du canal thoracique et mettent ces ganglions immédiatement en rapport avec lui.

Or, le canal thoracique reçoit à son origine, cinq troncs différents qui résument la circulation lymphatique de tous les organes viscéraux du bassin et de l'abdomen : estomac, intestin grêle et gros intestin, foie, rate, reins, testicule, ovaires, utérus. C'est ce qui explique la diversité de nos observations et la possibilité de rechercher une cause unique à l'adénopathie sus-claviculaire, quel que soit l'organe primitivement atteint par le processus cancéreux.

Nous connaissons donc la voie que doit suivre l'affection pour arriver d'un viscère quelconque aux ganglions sus-claviculaires du côté gauche : mais nous ignorons encore le mode par lequel se fait cette propagation. Quel est-il ? C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

L'extension du néoplasme aux ganglions sus-claviculaires ne peut se faire que par la paroi du canal thoracique ou par son contenu ; par la paroi, grâce à la continuité d'une lym-

phangite cancéreuse de ce vaisseau ; par le contenu, grâce à la formation d'un embole cancéreux, qui, favorisé par des conditions spéciales, ira s'arrêter en ce lieu d'élection.

Les deux mécanismes peuvent être invoqués mais chacun pour une part inégale.

Le premier est très rare ; le cancer du canal thoracique est une exception. Il n'a été signalé que deux fois¹ : dans une observation de M. Raymond (Obs. XXX) (*Soc. méd. des Hôp.* 1886, p. 411) et dans un mémoire de M. Troisier sur l'adénopathie sus-claviculaire (*Arch.* 1893). C'est sur ce second fait que nous nous appuyons pour admettre la possibilité de la transmission du cancer à distance par la paroi du canal thoracique. L'autopsie a permis, dans ce cas (Obs. XXIV), de suivre la marche de la lésion et d'en reconstituer, pour ainsi dire, les différentes étapes. Parti de la capsule surrénale, le cancer a d'abord atteint les ganglions lombaires et de là, par les canaux afférents, s'est propagé au canal thoracique dont on pouvait très bien apprécier l'altération de distance en distance. La dégénérescence commençait immédiatement au-dessus du diaphragme et s'étendait jusqu'à l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière, où elle formait un bourgeon cancéreux qui faisait saillie dans l'intérieur du vaisseau.

Les vaisseaux lymphatiques, qui relient les ganglions sus-claviculaires au canal thoracique, semblaient intacts, mais le néoplasme a fort bien pu, dans ce cas, se transmettre par leur paroi sans les altérer, puisque, pour le canal thoracique lui-même, la dégénérescence ne se montrait qu'à une certaine distance de la citerne de Pecquet.

1. M. Lesnès, dans sa thèse, signale une troisième observation de cancer du canal thoracique publiée par Andral, en 1824, dans les Archives de Médecine. Nous n'avons pu la retrouver.

Le second procédé, c'est-à-dire l'embolie cancéreuse, est plus fréquent. L'embolie lymphatique est un moyen constant de métastase des tumeurs, seulement, dans les cas ordinaires, elle se produit à faible distance du foyer primitif.

Que des cellules cancéreuses soient déversées dans la cavité du canal thoracique, rien de plus facile à concevoir : parties des troncs lymphatiques qui forment les origines de ce vaisseau, elles n'ont qu'à suivre le courant de la lymphe qui les y conduit naturellement.

La seule difficulté, c'est de pouvoir expliquer la façon dont elles vont atteindre les ganglions sus-claviculaires, car elles doivent, pour y arriver, remonter le cours de la lymphe, dans les troncs efférents qui unissent ces ganglions au canal thoracique et franchir leurs valvules. Est-ce inadmissible ? Voici la réponse de M. Troisier à cette objection.

« Un certain nombre de conditions nous permettent de supposer qu'il peut se produire un reflux au point où s'abouchent dans le canal thoracique les vaisseaux efférents des ganglions du cou. A ce niveau, le canal décrit une courbe très accentuée, première cause d'entrave à la circulation de la lymphe. De plus et surtout, son contenu se déverse dans un point du système veineux sujet à de continuelles variations de pression : les unes, périodiques, correspondent à chaque aspiration ; les autres, intermittentes, résultent des efforts, de la toux, etc., toutes causes qui déterminent un arrêt momentané et peut être même un léger reflux du sang veineux dans les veines caves, reflux qui doit se faire sentir jusqu'au canal thoracique.

» Quant à l'obstacle des valvules, il n'est certainement pas insurmontable. Dans la propagation du cancer, aux ganglions lymphatiques, il est très commun d'observer l'envahissement de ces organes par voie rétrograde ; je

citerai comme exemple l'altération des ganglions lombaires et même des ganglions iliaques dans le cancer de l'estomac ou du pancréas. Les valvules n'arrêtent donc pas les éléments infectieux du cancer.

» Du reste, ce cheminement des cellules cancéreuses dans les lymphatiques est-il dû seulement aux oscillations de la lymphe ? Ces cellules ne posséderaient-elles pas des mouvements propres, des mouvements amiboïdes semblables à ceux dont sont doués les leucocytes. C'est ce qu'admet Valdeyer d'après Raymond (*art. Embolie du dict. Encycl.*). Le fait incontestable, c'est la réalité et même la fréquence de cet envahissement par voie rétrograde. »

A toutes ces raisons, nous ajouterons que la disposition même des troncs lymphatiques efférents des ganglions sus-claviculaires, doit contribuer également à faire arriver en ce lieu l'embolie cancéreuse. Aboutissant au niveau où le canal thoracique commence à décrire sa courbe, ils prolongent en quelque sorte la direction principale du vaisseau et la cellule cancéreuse, trouvant un obstacle du côté de la terminaison du vaisseau collecteur est sollicitée à s'engager dans la voie qui s'ouvre droit devant elle. Cela lui est d'autant plus facile que l'obstacle des valvules n'existerait pas toujours pour les lymphatiques de la tête et du cou : d'après Bonamy, ils en seraient dépourvus dans la plus grande partie de leur étendue¹.

Le canal thoracique servant de trait d'union entre la lésion abdominale et les ganglions du cou, sans participer lui-même à l'altération, on comprend ainsi pourquoi l'adénopathie sus-claviculaire siège le plus souvent à gauche et pourquoi elle reste isolée dans certains cas.

1. SAPPEY. — *Traité d'anat. descrip.*, 3^e éd., t. II, p. 813.

Dans les cas où les adénopathies sont multiples et disposées sur divers points du système lymphatique périphérique, Raymond a invoqué, sous forme d'hypothèse, le transport par les veines. Cette interprétation ne saurait donner satisfaction complète au problème. Un embolus cancéreux pénètre directement dans le sang veineux au niveau du néoplasme, ou y est déversé après avoir parcouru le canal thoracique : comment arrivera-t-il aux ganglions axillaires, par exemple ? Ne faut-il pas qu'il traverse le cœur droit et les capillaires pulmonaires ? Sans doute les micro-organismes le font aisément, mais ici l'obstacle du réseau pulmonaire semble bien suffisant pour arrêter l'embolus à son passage.

D'ailleurs, il n'est nullement nécessaire d'invoquer un mécanisme aussi compliqué. Dans les cas où l'on a trouvé le ganglion sus-claviculaire droit seul altéré, l'autopsie a fait découvrir des noyaux secondaires dans le poumon droit ; et lorsque l'adénopathie sus-claviculaire s'accompagnait d'adénopathies inguinales ou axillaires, on est tombé en présence d'une chaîne ganglionnaire presque ininterrompue montrant le chemin parcouru par le processus cancéreux. On peut conclure de là que ces localisations éloignées s'expliquent ou par des noyaux de généralisation secondaire auxquels elles correspondent ou par une propagation de proche en proche de ganglions à ganglions.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici les observations que nous avons pu recueillir ; elles comprennent :

- 17 cas de cancer de l'estomac.
- 1 cas de cancer du pancréas.
- 2 cas de cancer de l'intestin (duodenum et rectum).
- 2 cas de cancer du foie.
- 2 cas de cancer du rein.
- 2 cas de cancer des capsules surrénales.
- 6 cas de cancer de l'utérus.
- 2 cas de cancer de l'ovaire.
- 3 cas de cancer du testicule.

Nous nous sommes contentés de résumer la plupart de ces observations, n'en extrayant que ce qui se rapportait plus spécialement à notre sujet ; nous n'avons exposé tout au long que celles qui nous ont paru les plus intéressantes.

A. — Cancer de l'estomac.

OBSERVATION I.

TROISIÈME. — (*Arch. gén. de médecine*, 1893, t. I, p. 431). — Ganglion sus-claviculaire gauche.

Z... (Anna), 69 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, le 22 mai 1890. Elle se plaignait de douleurs dans le bras gauche. En examinant son épaule, je découvris dans le creux sus-claviculaire, en dehors et en arrière des insertions claviculaires du sterno-masnoïdien, une tumeur de la grosseur d'une noix, très appréciable à la vue, dure, peu mobile et paraissant enclavée dans les parties sous-jacentes, mais sans adhérence avec la peau, qui avait conservé sa coloration et sa souplesse. Elle était le siège d'une douleur presque continue, avec des irradiations très vives, qui se reproduisaient sous forme de crises. Elle présentait tous les caractères d'un ganglion cancéreux. Au dire de la malade, cette grosseur s'était montrée depuis deux mois, soit à la fin de mars. Depuis quelque temps déjà, avant l'apparition de cette tumeur, Z... perdait ses forces et maigrissait. Elle avait un aspect cachectique très accusé, mais, malgré l'exploration la plus minutieuse de tous les appareils, il fut impossible de localiser l'affection cancéreuse primitive. Il y avait de l'anorexie, mais aucun des troubles fonctionnels qui permettent d'affirmer le cancer d'estomac; l'exploration de l'épigastre était un peu douloureuse. J'ajoute qu'il n'existait aucun signe de rétrécissement de l'œsophage.

Au 4 juillet, la malade entre à l'hôpital; la tumeur restée stationnaire était toujours le siège de douleurs très vives. L'état général ne s'était pas sensiblement aggravé. L'exploration de tous les organes restait toujours négative.

Quoiqu'il fût très probable, pour ne pas dire certain, qu'il existait un cancer viscéral, je me demandais s'il n'était pas indiqué d'enlever ce ganglion sus-claviculaire, dans le seul but de soulager la malade, ces crises douloureuses étant vraisemblablement en rapport avec l'irritation du plexus brachial par la tumeur ganglionnaire.

M. Polaillon, à qui je soumis le cas, fut d'avis d'intervenir. La malade fut opérée le 16 juillet. La tumeur fut enlevée en totalité;

elle n'était pas adhérente à la peau, mais elle faisait corps avec le sterno-mastoïdien. La plaie se réunit par première intention et se cicatrisa sans accident.

L'ablation de cette tumeur amena un soulagement notable, mais les mouvements du bras restèrent gênés et douloureux. Il n'y eut, cela va sans dire, aucune amélioration dans l'état général.

La malade quitta l'hôpital. Je la revis de temps en temps, et je l'examinai pour la dernière fois le 20 juillet 1891.

L'amaigrissement était extrême, et l'aspect cachectique très accusé, avec coloration jaune paille de la peau. Œdème des pieds. Anorexie complète. Vomissements glaireux et aqueux. Pas de tumeur appréciable à la palpation de l'abdomen. Pas de signes d'affection utérine ou rectale.

La région sus-claviculaire ne présente ni tumeur ni induration au niveau de la cicatrice. La peau a conservé sa souplesse et sa mobilité sur les parties sous-jacentes.

Pas de ganglions dans les aisselles ni dans les aines.

Cette malade mourut à son domicile, le 15 novembre 1891, c'est-à-dire seize mois après l'opération. Il m'a été impossible d'obtenir des renseignements sur les symptômes qu'elle avait présenté depuis qu'elle était confinée dans sa chambre.

Il s'agissait très probablement, dans ce cas, d'un cancer de l'estomac.

Examen du ganglion sus-claviculaire. — La tumeur enlevée était de la grosseur d'une noix. Sa coloration était d'un gris rosé, sa consistance un peu molle; elle se déchirait facilement et était assez vasculaire.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un ganglion cancéreux (épithélioma à cellules cylindriques).

OBSERVATION II (Résumée).

WIDAL. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1893, p. 828). — Adénopathie sus-claviculaire gauche à évolution rapide chez un cancéreux de l'estomac. — Adénopathie axillaire gauche concomitante.

Homme de 65 ans, éprouve en avril 1893 des douleurs épigastriques. En août, anorexie et vomissements.

Entre le 18 novembre, salle Laennec, à la Charité.

Aspect cachectique, douleurs, vomissements, constipation.

Le 1^{er} décembre, on recherche vainement la présence d'une

tumeur dans le creux épigastrique. L'exploration des régions inguinales, axillaires et sus-claviculaires donne au point de vue des ganglions, des résultats négatifs.

Le malade meurt le 7 décembre.

A l'autopsie, cancer du pylore. Les ganglions de la petite courbure de l'estomac étaient seuls augmentés de volume, ainsi qu'un ganglion de la région sus-claviculaire gauche et un ganglion du creux axillaire du même côté. Déjà sur le cadavre, avant toute dissection, on pouvait percevoir dans le triangle sus-claviculaire gauche, près du bord antérieur du trapèze, un petit ganglion dur non adhérent et très mobile. Ce ganglion ainsi que celui de l'aisselle, sont cancéreux.

Les viscères ne possédaient pas de nodosités cancéreuses secondaires et, dans les régions intermédiaires à l'estomac et au ganglion sus-claviculaire, on ne trouvait pas trace de lymphangite ou d'adénite cancéreuse. Les faces du diaphragme, les plèvres, les ganglions du hile du poumon étaient indemnes.

OBSERVATION III.

TROISIÈME. — (*Soc. méd. des Hôp.* 1888, p. 21). Adénopathies sus-claviculaires droite et gauche.

Femme de 41 ans, souffrant de l'estomac depuis le mois de septembre 1883 ; elle avait perdu l'appétit depuis cette époque ; ses digestions étaient devenues difficiles ; elle était prise assez souvent de vomissements, généralement formés de matières alimentaires ; une fois elle vomit un liquide noirâtre et elle eut des garde-robes mélaniques pendant 2 ou 3 jours.

Vers le 25 décembre, elle s'aperçut d'une tumeur dans le creux sus-claviculaire droit. Inquiète du développement de cette tumeur, elle se présenta le 20 janvier 1884 à la consultation de M. Gillette, qui reconnut une adénopathie secondaire à un cancer viscéral, dit à la malade qu'elle ne pouvait pas être opérée et lui conseilla d'entrer dans un service de médecine.

A ce moment on constatait à la région épigastrique une tumeur du volume du poing, dure, non adhérente à la peau, mobile. Cette femme est amaigrie et présente une teinte jaunâtre des téguments. Dans le creux sus-claviculaire droit, on voit et l'on sent une petite tumeur du volume d'un marron, dure et bosselée, indolente, non adhérente à la peau et qui paraît s'enfoncer profondément derrière l'articulation sterno-claviculaire.

Dans le courant du mois d'avril, on vit se développer de petits ganglions durs, indolents, dans le creux sus-claviculaire gauche.

Au mois de mai, cette malade, arrivée à un extrême état d'émaciation et de cachexie, demande à sortir de l'hôpital.

Quoique l'autopsie n'ait pas été faite, il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac avec propagation aux ganglions sus-claviculaires des deux côtés.

OBSERVATION IV (Résumée).

GIRODE.— (*Soc. méd. des Hop.* 1895, p. 76).— Cancer de l'estomac.—

Adénopathie sus-claviculaire gauche.— Accidents d'obstruction veineuse sous-clavière.

Méz. Ch., 60 ans, entre le 18 juillet à l'hôpital Beaujon. Depuis 4 mois, anorexie complète, dyspepsie douloureuse, vomissements, amaigrissement considérable.

A l'entrée, teint jaune paille, affaiblissement extrême, constipation. On sent, au niveau de l'épigastre, une tumeur du volume d'une orange, douloureuse spontanément et à la pression.

On trouve derrière l'extrémité interne de la clavicule gauche une petite tumeur non douloureuse qui paraît correspondre à un ganglion dégénéré.

Au 25 juillet, l'examen de la région sus-claviculaire montre un changement notable. La main rencontre aisément un gros ganglion du volume d'une noix, paraissant enclavé entre la première côte et la clavicule. L'exploration est un peu douloureuse. Le malade accuse de l'engourdissement du membre supérieur gauche.

Le 26 juillet, gonflement suraigu et massif de tout le membre. C'est un œdème blanc, assez consistant. Le dos de la main présente une tuméfaction énorme. Les doigts sont violacés ; la sensibilité y est obtuse. A l'avant-bras, à l'épaule, et au côté gauche du cou et de la poitrine se dessinent des cordons veineux sous-cutanés. Le membre est lourd et impotent. Le malade accuse quelques douleurs, des fourmillements. Pas de fièvre.

Etat stationnaire jusqu'au 12 août. Puis, le gonflement diminue ; le membre redevient moins lourd, les veines sous-cutanées moins saillantes et le 27 août, il ne reste plus trace de l'accident. Le ganglion sus-claviculaire, qui avait augmenté d'une façon si rapide du 18 au 25 juillet, semble être resté stationnaire ou même avoir un peu diminué.

En septembre, la cachexie fait des progrès. Le malade sentant son état s'aggraver de jour en jour demande à sortir le 20.

OBSERVATION V.

TROISIÈME. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1886, p. 394). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Le premier malade chez lequel j'ai constaté ces ganglions sus-claviculaires, était un homme de 48 ans. Il se présenta à la consultation de l'hôpital Tenon, le 4 février 1885. Il était très amaigri et très faible; sa peau était terreuse. Il n'avait plus d'appétit; il éprouvait de vives douleurs d'estomac, surtout après avoir mangé, et de temps en temps il rejetait des mucosités avec des aliments incomplètement digérés. Il n'y avait pas de tumeur appréciable au creux épigastrique; la palpation de cette région y déterminait de la douleur. L'estomac n'était pas dilaté. Le début de la maladie remontait à sept ou huit mois. — Les affections de l'estomac nous procurent si souvent des surprises, que, malgré toutes les probabilités en faveur d'un cancer, j'hésitais à me prononcer, quand je découvris dans le creux sus-claviculaire du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une petite noix, formée par deux ganglions hypertrophiés et juxtaposés. Elle était mobile, dure au toucher, non douloureuse. Elle siégeait immédiatement au-dessus de la clavicule, en arrière du faisceau claviculaire du sterno-cleido-mastôïdien, qu'elle débordait un peu en dedans. Il n'y avait à ce niveau ni œdème, ni changement de coloration de la peau.

J'étais en présence d'un cancer, cela n'était pas douteux. Mais ne s'agissait-il pas d'un cancer de l'œsophage? J'éliminai cette hypothèse en raison de la douleur que déterminait la pression sur le creux épigastrique et des troubles fonctionnels qui correspondaient plutôt à une affection de l'estomac qu'à une lésion siégeant au-dessus du cardia. La déglutition s'opérait du reste très normalement, même pour les aliments solides, et je me suis assuré par l'auscultation que les liquides ne subissaient aucun temps d'arrêt dans l'œsophage. J'ajoute que l'examen de la poitrine était absolument négatif, ce qui me permit d'écarter immédiatement l'hypothèse d'un cancer du poumon.

Ce malade ne voulut point rester à l'hôpital. Comme le cas m'intéressait vivement, j'allai le revoir chez lui, le 1^{er} mars, trois semaines environ après cet examen. La tumeur sus-claviculaire

avait un peu grossi ; elle était maintenant formée par trois ganglions, adhérents les uns aux autres, débordant de chaque côté le faisceau externe du sterno-cleido-mastoidien.

Le 17 mars, elle était constituée par une dizaine de ganglions ; ceux que j'ai déjà signalés n'avaient pas augmenté de volume, les nouveaux formaient une sorte de chapelet, situé immédiatement au-dessus du tiers moyen de la clavicule ; la plupart avaient les dimensions d'une petite amande sèche, ils roulaient sous le doigt et ne présentaient aucune adhérence à la peau. Point de ganglions ailleurs, ni dans l'aisselle gauche, ni au côté droit du cou. A ce moment, le creux épigastrique était le siège d'un empatement profond, sans tumeur à proprement parler ; il y avait à la pression une douleur caractéristique. L'état cachectique était arrivé à la dernière limite. Je n'ai plus revu ce malade.

OBSERVATION VI.

TROISIÈME. — (*Ibid.*). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

W..., âgé de 66 ans, m'est adressé par mon ami le Dr Fabre, le 25 novembre 1885. Cet homme, très amaigri, présente un teint cachectique qui éveille immédiatement l'idée d'une affection cancéreuse. Il a perdu l'appétit depuis deux mois environ ; ses digestions sont très pénibles et douloureuses ; il vomit fréquemment des mucosités glaireuses et de la bile, quelquefois il rend ses aliments deux ou trois heures après le repas. Il éprouve une douleur gastralgique presque continue, caractérisée par un point sous-xyphoïdien, avec des irradiations dans la région lombaire gauche. La palpation du creux épigastrique détermine de la douleur ; il n'y a à ce niveau ni tumeur, ni empatement profond. Pas de troubles de la déglutition.

Or, chez ce malade, il existait dans le triangle sus-claviculaire gauche une petite masse ganglionnaire, de la grosseur d'une noix, mobile, non douloureuse, très appréciable à la vue ; elle était formée par cinq ou six ganglions agglomérés.

J'appris par M. le Dr Fabre que l'état s'aggrava de jour en jour et que le malade mourut deux mois après mon examen. Les troubles gastriques ont persisté avec les mêmes caractères ; il y eut un seul vomissement noirâtre : les aliments étaient rarement rejetés. Pas de tumeur épigastrique. Quant à la masse ganglionnaire, elle augmenta peu à peu de volume, et au moment de la mort, elle était de la grosseur d'un œuf de poule.

OBSERVATION VII.

TROISIÈME. — (*Ibid.*). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Recueillie par M. Dagron dans le service de A. Gombault.

Le nommé L..., âgé de 45 ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin, le 15 mars 1886. Il a fait depuis 15 ans de nombreux excès alcooliques. Il est malade depuis 18 mois environ. Il a considérablement maigri, sa peau est décolorée, son facies est cachectique et fait immédiatement songer à une affection cancéreuse. Il avait une anorexie complète et un dégoût absolu pour la viande. Il vomissait fréquemment des mucosités glaireuses et des débris alimentaires et il éprouvait une douleur sourde dans l'hypocondre gauche; l'estomac était dilaté.

Le 1^{er} avril, on constate la présence d'un ganglion dans le creux sus-claviculaire gauche. La région épigastrique est devenue douloureuse à la pression; elle est le siège d'un empatement diffus derrière la paroi abdominale.

Peu de jours après, on sentit au creux épigastrique un petit noyau induré, douloureux à la pression. Cette tumeur s'accrut rapidement et s'étala en contractant des adhérences avec les parties voisines. Les douleurs gastriques persistèrent, les vomissements devinrent très fréquents, la cachexie fit des progrès rapides et le malade mourut le 23 mai. Le ganglion du creux sus-claviculaire était devenu gros comme une noix.

A l'autopsie, — qui fut faite par M. A. Gombault, — on trouva un cancer en nappe de l'estomac, occupant surtout le grand-cul-de-sac et l'antrum du pylore. L'estomac est dilaté, ses parois sont épaissies, et il adhère à la paroi abdominale par sa face intérieure. Le cancer n'avait atteint ni le pylore, ni le cardia. L'œsophage, examiné dans toute son étendue, ne présentait aucune lésion.

On ne trouve de ganglion dégénéré ni au voisinage de l'estomac, ni dans le médiastin. Le ganglion sus-claviculaire était manifestement carcinomateux, blanchâtre à la coupe et infiltré d'un suc laiteux caractéristique.

OBSERVATION VIII (Résumée).

JACCoud. — (*Clinique méd.*, 1886-87, Paris, 1888, p. 252 et *Thèse de Belin*, Obs. XXVIII). Adénopathies sus-claviculaire gauche et inguinales.

Homme de 62 ans. Amaigrissement considérable. Teint blafard.

Anorexie. Douleurs abdominales. Pas de tumeur épigastrique. Ganglions inguinaux volumineux et indurés, indolents. Dans le creux sus-claviculaire gauche, deux ganglions situés l'un au-dessus de l'autre ; le supérieur n'est pas très volumineux, l'autre est aussi gros que l'extrémité du pouce, il est très dur et il s'enfonce dans le thorax. La cachexie s'accroît de plus en plus. Ictère. Le ganglion sus-claviculaire augmenta peu à peu de volume.

A l'autopsie, cancer ulcéré de l'estomac, occupant la région pylorique et la petite courbure. Le pylore et le duodenum sont entourés par une masse ganglionnaire grosse comme le poing. Les ganglions lombaires sont également atteints, un ganglion trachéo-bronchique est dégénéré. Ganglions cervicaux et inguinaux cancéreux. (Examen microscopique.)

OBSERVATION IX (Résumée).

JACCOUD. — (*Ibid.*). — Adénopathies sus-claviculaires gauche et inguinales.

Homme de 58 ans. Dyspepsie. Amaigrissement. Douleurs abdominales. Tumeur sus-ombilicale dépendant du foie. Ganglions inguinaux augmentés de volume et indurés des deux côtés. A l'entrée du malade, on constate dans le creux sus-claviculaire gauche un ganglion dont le volume ne dépasse pas celui d'une lentille ; mais ce ganglion s'accrut rapidement et trois mois plus tard, il avait les dimensions d'une grosse noisette. Plus tard, vomissements noirâtres. Mort dans un état cachectique très prononcé.

A l'autopsie, cancer ulcéré de la région pylorique. Noyaux secondaires dans le foie et à la face inférieure du diaphragme. Dégénérescence cancéreuse des ganglions du hile du foie, des ganglions trachéo-bronchiques, des cervicaux et des inguinaux. Pas de cancer pulmonaire.

OBSERVATION X (Résumée).

TUFFIER. — (*Thèse de Belin*. Obs. XV). — Adénopathies sus-claviculaires droite et gauche.

Homme de 45 ans. Depuis six mois, anorexie, vomissements des aliments, amaigrissement. Tumeur épigastrique, lisse, arrondie,

indolente, mobile. M. Tuffier fait le diagnostic de « lésion organique de la face antérieure de l'estomac ou du grand épiploon. » Un nouvel examen du malade, fait huit jours plus tard, fait découvrir « au niveau de la région sus-claviculaire droite une tumeur du volume d'un petit œuf, lisse et mobile; répondant exactement comme siège et comme forme à un ganglion engorgé. Mon attention, ajoute M. Tuffier, fut vivement attirée de ce côté, bien que les faits de M. Troisier ne me fussent pas encore connus. Malheureusement, le malade me répondit qu'il ne s'était jamais aperçu de cette tuméfaction et qu'elle devait exister depuis fort longtemps. » Un collègue consulté croit qu'il s'agit d'un ancien fibrome. On fait une laparotomie exploratrice. Il s'agissait d'un cancer de l'épiploon, de l'estomac et du foie, avec prééminence d'un lobe énorme au niveau de la naissance de l'épiploon sur l'estomac. La plaie guérit; le malade succomba vingt-cinq jours après l'opération. Pendant ce laps de temps on constata l'augmentation de volume de la tumeur ganglionnaire et l'apparition de ganglions dans la région sus-claviculaire gauche. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XI (Résumée)

LANGEREUX. — (*Thèse de Belin. Obs. XXV*). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 70 ans. Cachexie cancéreuse. Augmentation de volume du foie avec bosselures. Œdème des membres inférieurs. Dans le creux sus-claviculaire gauche, deux ganglions soudés l'un à l'autre, durs, chacun du volume d'une grosse cerise, non douloureux à la pression, sans adhérence à la peau. Autour d'eux, il y a d'autres petits ganglions. Il y a cinq mois que la malade a remarqué l'apparition de ces tumeurs. A l'autopsie, cancer en nappe de l'estomac et noyaux cancéreux secondaires du foie. Un ganglion cancéreux au voisinage du cardia. Les ganglions lombaires sont dégénérés. Pas de noyaux cancéreux dans les poumons. Les ganglions sus-claviculaires sont cancéreux. (Examen microscopique.)

OBSERVATION XII (Résumée).

LANGEREUX. — (*Thèse de Belin. Obs. XXVI*). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 64 ans. Cachexie cancéreuse. Tumeur épigastrique. Deux petits ganglions du volume d'un gros pois, durs, mobiles

sous la peau, dans le creux sus-claviculaire gauche. Trois autres ganglions de la grosseur d'une petite amande derrière le faisceau externe du sterno-cleido-mastoidien, près de son insertion claviculaire. A l'autopsie, cancer ulcéré de l'estomac. Trois ganglions cancéreux au niveau de la petite courbure. Noyaux secondaires (en petit nombre) dans le foie. On recherche avec soin les ganglions du médiastin ; aucun n'est altéré. Pas de cancer de l'œsophage, ni des poumons. A l'examen microscopique, les ganglions sus-claviculaires présentent la même lésion que l'estomac. (Epithéliome cylindrique).

OBSERVATION XIII (Résumée).

EYSELEIN. — (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874, p. 366). — Adénopathie sus-claviculaire droite.

Homme de 46 ans. Est atteint pendant un mois d'un hoquet qui se produit à la moindre ingestion d'aliments. Un mois après la cessation du hoquet, douleurs gastriques, digestions difficiles, anorexie, amaigrissement, aspect cachectique. Nouvel examen du malade : « Dans la région sus-claviculaire droite, il y avait remontant vers l'oreille droite, une saillie que je n'avais pas trouvée lors de mon premier examen.... Elle est formée d'un paquet de glandes non douloureuses, de dimensions variables, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à la grosseur d'un œuf de petit oiseau. » L'auteur regarde ces ganglions comme atteints de dégénérescence cancéreuse secondaire à un cancer de l'estomac. La cachexie s'accroît et le malade mourut six mois après l'apparition des ganglions. Leurs dimensions n'avaient pas changé. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIV (Résumée).

MILLARD. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1886, p. 409). — Adénopathies bi-axillaires et sus-claviculaire droite.

Femme de 56 ans. Cachexie cancéreuse. Tumeur épigastrique. Ganglions axillaires des deux côtés. Dans le creux sus-claviculaire droit, à la partie externe du sterno-mastoidien, plusieurs petits ganglions du volume d'un pois, très durs, douloureux. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XV (Résumée).

HENOCH. — (*Klinik der Unterleibs - Krankheiten*, 2^e vol., pag. 159).
— Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Homme de 52 ans. Cachexie. Tumeur épigastrique. HénocH examine le malade pour la première fois deux mois avant la mort et il note ceci : « Immédiatement au-dessus de la clavicule gauche, il y avait deux ganglions jugulaires non adhérents à la peau, durs comme la pierre et gros comme un œuf de pigeon. » A l'autopsie, on trouve un cancer ulcéré occupant la portion pylorique de l'estomac et le pylore ; cette tumeur adhérait à la paroi abdominale. Les ganglions lymphatiques voisins et ceux qui entourent le cardia étaient cancéreux. Quelques noyaux secondaires dans le foie. L'état des poumons et des ganglions du médiastin n'est pas indiqué.

OBSERVATION XVI (Résumée).

FRIEDREICH. — (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874, N^o 1). —
Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Homme de 54 ans, malade depuis dix mois. Cachexie. Tumeurs mamelonnées, dures, à l'épigastre. « La fosse sus-claviculaire gauche est remplie par un paquet de ganglions lymphatiques durs, non douloureux, de la grosseur d'une noisette. » Le foie est hypertrophié. Les poumons sont normaux. Ce malade quitta l'hôpital deux mois après son admission.

OBSERVATION XVII (Résumée).

EWALD. — (*Zeitschrift für klinisch Medicin*, 1879-80, t. I, p. 628). —
Adénopathies sus-claviculaire gauche et inguinales.

Femme de 57 ans. Début de la maladie à la fin de 1878. Entrée à l'hôpital le 31 décembre 1879. Amaigrissement. Cachexie. Tumeur épigastrique. « Dans la fosse sus-claviculaire gauche, au point d'abouchement du canal thoracique dans la veine sous-clavière, se trouve un ganglion tuméfié, non douloureux. » Ganglions ingui-

naux tuméfiés. (Observation extraite d'un mémoire sur la présence possible d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique des cancéreux.)

B. — Cancer du pancréas.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

NETTER. — (*Thèse de Belin*, Obs. XXXV). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Homme de 51 ans. Amaigrissement. Ictère chronique. Augmentation de volume du foie. Vomissements. Dans le triangle sus-claviculaire gauche, trois ganglions, durs, faciles à isoler, indolents, répondant à l'embouchure de la jugulaire externe. Sous le muscle sterno-cleido-mastoidien, nombreux ganglions unis les uns aux autres. A l'autopsie, cancer du pancréas. Quelques noyaux secondaires dans le foie et dans le rein gauche. Dégénérescence cancéreuse des ganglions prévertébraux et des ganglions iliaques gauches; des ganglions du médiastin qui sont très volumineux et des ganglions sus-claviculaires. Examen microscopique du pancréas et des ganglions cervicaux. (Cancer colloïde.)

C. — Cancer de l'intestin.

OBSERVATION XIX (Résumée)

MUSSEY. — (*Philadelphia medical Times*, vol. XII, 1881-82). — Adénopathies sus-claviculaire gauche et axillaire.

Homme de 52 ans. Autopsie : cancer du duodenum et du pancréas. Dégénérescence des ganglions mésentériques et des ganglions prévertébraux. « Les ganglions de la partie inférieure du côté gauche du cou étaient grossis et durs; il en était de même de ceux de l'aisselle. » Ces adénopathies avaient été notées pendant la vie et considérées comme de nature cancéreuse.

OBSERVATION XX (Personnelle).

Cancer du rectum. — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Il s'agit d'une femme de 38 ans, bien réglée, ayant eu quatre enfants, dont le dernier a actuellement six ans.

Elle vient, en juin 1895, à la consultation de M. le docteur Faucon, pour des troubles intestinaux, consistant en alternatives de diarrhée et de constipation, avec des écoulements de matières glaireuses à odeur fétide.

Deux mois auparavant, elle avait eu des vomissements et des douleurs abdominales qui l'avaient forcée à s'aliter quelques jours.

A l'examen, on découvre un épithélioma ulcéré au niveau de la paroi recto-vaginale, assez volumineux, mesurant en surface la grandeur de la paume de la main.

Au palper abdominal, on pouvait sentir quatre ou cinq noyaux du volume d'une orange disséminés dans l'épiploon.

Indépendamment de ces noyaux cancéreux, il existait un fibrome de la paroi antérieure du corps utérin, ayant le volume d'une tête de fœtus, mobile, sans connexions avec la dégénérescence secondaire de l'épiploon.

Dans le sein gauche, au-dessus du bord antérieur du grand pectoral, on trouve un noyau de dégénérescence, du volume d'un marron, et indépendant de la glande mammaire.

Enfin, dans le creux sus-claviculaire du même côté, on peut sentir un ganglion unique, d'une consistance fibreuse, du volume d'une noix, indolore, mobile et libre de toute adhérence.

Aucune intervention n'était possible en présence de cette généralisation. La malade, dont l'état général était déjà mauvais, n'a plus été revue.

D. — Cancer du foie.

OBSERVATION XXI (Résumée).

GILBERT. — (*Du cancer massif du foie*, thèse de Paris, 1886, p. 42).

Adénopathie sus-claviculaire droite.

Femme de 30 ans. Dyspepsie. Anorexie Amaigrissement.
Douleurs épigastriques. Foie très volumineux. Cinq semaines

avant la mort, on note l'apparition d'une tumeur ganglionnaire, de la grosseur d'un marron, dans le creux sus-claviculaire droit.

A l'autopsie, cancer massif du foie (histologiquement, épithéliome alvéolaire à petites cellules polyédriques). Noyaux secondaires dans les poumons, dans les ganglions médiastinaux et dans les ganglions sus-claviculaires. Tous les organes abdominaux, sauf le foie, sont sains.

OBSERVATION XXII.

TROISIÈME. — (*Archives générales de Médecine*, 1889, tome I, p. 298).

— Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Homme de 63 ans. Entré le 15 décembre 1888 à la Pitié. Anorexie et dégoût pour la viande depuis trois semaines : pas de vomissements. Augmentation considérable du volume du foie. Ictère. Amaigrissement rapide. L'état cachectique s'accuse de jour en jour. Œdème des membres inférieurs, du scrotum, de la paroi abdominale. Constipation ; rétention d'urine. Vers le milieu de janvier 1889, on constate sur le côté gauche du cou, derrière le sterno-mastoidien, une masse ganglionnaire formée par la réunion de plusieurs ganglions superposés ; cette masse commence à deux centimètres au-dessus de la clavicule et s'étend jusqu'à quatre centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire. Elle est dure, indolente. Un petit ganglion isolé, immédiatement au-dessus de la partie moyenne de la clavicule. En quelques jours, la tumeur ganglionnaire principale s'accroît notablement ; elle se rapproche de la clavicule. En même temps, le foie augmente rapidement de volume, on sent sur sa face antérieure deux ou trois bosselures. Mort le 26 janvier.

Autopsie. — Liquide hémorragique (2 lit.) dans le péritoine. Foie pesant 3900 grammes, farci de noyaux cancéreux ; les uns font saillie à la surface, les autres infiltrent l'organe tout entier. Ces noyaux sont plus ou moins volumineux, nettement circonscrits, comme enchâtonnés dans le tissu hépatique ; ils sont constitués par une masse pulpeuse, rougeâtre, séparée du parenchyme par une sorte de membrane conjonctive. On ne trouve de cancer dans aucun autre viscère (œsophage, poumons, estomac, intestins, rectum, pancréas, rate, reins). Pas de noyaux cancéreux sur le péritoine. Il s'agit donc bien d'un cancer primitif du foie (forme nodulaire de Hanot et Gilbert). La masse ganglionnaire du cou a

le volume d'un œuf de dinde; elle est représentée dans ses parties centrales par un tissu pulpeux et rougeâtre. Les ganglions abdominaux, ainsi que les ganglions du médiastin, ne présentent pas trace de dégénérescence cancéreuse. Pas de ganglions dans la région sus-claviculaire droite, ni dans les aisselles, ni dans les aines.

E. — Cancer du rein et des capsules surrénales.

OBSERVATION XXIII (Personnelle).

Cancer du rein gauche. -- Adénopathie sus-claviculaire gauche.

M. D..., 62 ans, présentant les apparences d'une bonne santé, sans antécédents particuliers, fut atteint dans le courant de l'année 1893, à deux reprises différentes, d'hématuries passagères, de moyenne intensité, survenant en général à la suite de marches prolongées.

M. Faucon le voit pour la première fois au mois d'août 1894; il vient consulter pour des accidents de même nature. Il accusait en même temps à cette époque des douleurs localisées dans la région rénale gauche avec irradiation dans le ventre, sur le trajet de l'uretère. Ces manifestations furent du reste de courte durée et cédèrent sous l'influence du repos et d'un régime approprié.

Le malade revint dans le courant du mois de mars 1895 et fut tenu en observation pendant trois semaines. Depuis le mois de janvier, il avait été éprouvé, à différentes reprises, par les mêmes ennuis. Le jour de son arrivée à Lille, après un voyage de plusieurs heures en chemin de fer, il sentit ses douleurs rénale et abdominale croître d'intensité, devenir paroxystiques, en même temps que les hématuries reparaissaient avec des signes de dysurie très prononcés. Pendant une semaine environ, à la suite de ce voyage, les urines du jour furent assez fortement teintées en rouge, courtes, pénibles, tandis que celles de la nuit restaient claires et abondantes.

Le toucher rectal et le cathétérisme vésical, pratiqués pendant le sommeil chloroformique, ne fournissant que des résultats négatifs au point de vue de l'existence d'un calcul vésical, d'une tumeur vésicale ou prostatique, permit de localiser dans le rein le point de départ des hématuries. Cette manière de voir parut

d'autant plus vraisemblable qu'une palpation méthodique de cet organe, pratiquée quelques jours après, en pleine période d'accalmie, suffit à provoquer une hématurie assez intense, une heure après l'examen.

Le bon état de santé apparent du sujet dont l'appétit et les forces étaient conservés ; l'absence de varicocèle symptomatique et d'augmentation perceptible du volume du rein ; la localisation des douleurs au niveau de ce dernier et le long de l'uretère, avec irradiation vers l'articulation sacro-iliaque, le pli de l'aîne et la face interne de la cuisse sur le trajet du nerf génito-crural ; la présence d'une petite quantité de sable dans les urines, sous l'influence de l'usage de l'eau de Vittel, à laquelle le malade fut soumis pendant une quinzaine de jours ; tous ces signes plaidaient en faveur de l'hypothèse de calcul probable du rein. Bien qu'il n'y eût pas de signes de pyélite, il existait un certain degré de néphrite caractérisé par la présence de l'albumine dans les urines dépourvues de sang (1 gramme par litre). Sous l'influence du repos, du régime lacté, de ventouses sèches et de calmants appropriés, (extrait de belladone, bromure de potassium), les hématuries et les douleurs s'atténuaient et le malade put retourner chez lui.

Deux mois plus tard, mai 1895, repris depuis quinze jours des mêmes accidents que précédemment, il revenait à la consultation de M. Faucon, pour demander de lui pratiquer la néphrotomie, qui lui avait été proposée lors de son dernier séjour, comme opération susceptible de le guérir dans l'hypothèse de calcul rénal et d'être transformée en néphrectomie, dans le cas où il se serait agi de néoplasme rénal. En même temps, il appelait l'attention sur une tumeur située dans le creux sus-claviculaire gauche, dont il avait constaté l'existence par hasard un mois auparavant, et dont on n'avait trouvé aucune trace dans les examens antérieurs.

Cette tumeur était constituée par deux ganglions fusionnés, du volume d'un gros œuf de pigeon. Indolore spontanément, elle était un peu sensible à la pression, présentait une dureté ligneuse et n'avait jusque-là contracté aucune adhérence, soit avec la peau, soit avec les plans profonds sur lesquels elle était encore mobile.

Le diagnostic de cancer rénal s'imposait dès lors, en raison de cette généralisation, et toute idée d'intervention fut rejetée.

Le malade, qui à partir de ce moment s'amaigrit et se cachectisa rapidement, succombait dans le courant du mois de juillet, après avoir accusé deux jours avant sa mort, des douleurs très vives dans l'épaule gauche et présenté une raideur tétanique des muscles de la nuque et de la région dorso-lombaire.

OBSERVATION XXIV.

TROISIÈME. — (*Bulletins de la Soc. méd. des Hôp.*, 1890, p. 266 et *Arch. gén. de Méd.*, 1893, t. I, p. 424). — Cancer de la capsule sur-rénale gauche avec envahissement du rein. Propagation aux ganglions aortiques et médiastinaux. Lymphagite pulmonaire cancéreuse généralisée. Adénopathie sus-claviculaire gauche.

R... (Auguste), 34 ans, est entré dans mon service à la Pitié le 25 février 1890. Jusqu'en juillet 1889, il a été bien portant et il a mené une vie très active. A cette époque, sans que sa santé générale parût altérée, il commença à ressentir une pesanteur dans les reins, principalement à gauche. Le 15 juillet, il fut pris au milieu de la nuit, peu de temps après une miction abondante, d'une vive douleur dans la région lombaire gauche et il rendit près d'un demi-litre d'une urine très louche. Il était remis en apparence, quand le 24 juillet, il fut pris subitement, le soir, sans douleur, d'une hématurie très abondante. Il vint à la consultation de la Pitié le lendemain matin, apportant son urine qu'il avait rendue la nuit et qui avait formé un caillot compact.

Il fut admis dans la salle de M. Audhoïn. M. Achalme, interne du service, avait conservé les notes suivantes sur ce malade :

25 juillet 1889. L'hématurie a persisté, mais elle n'est pas continue; entre deux mictions sanguinolentes, ou parfois même formées de sang pur, il rend un verre d'urine absolument normale et dépourvue d'albumine. La palpation de l'hypocondre gauche détermine une douleur très vive qui s'irradie dans la direction de l'uretère. A droite, l'exploration n'éveille aucune douleur. On ne constate rien à la prostate ni aux testicules. Le foie a ses dimensions normales. Rien aux poumons ni au cœur.

Pendant quelques jours, les urines présentent les mêmes alternatives. L'examen microscopique du dépôt des urines sanguinolentes ne révèle que la présence des globules rouges. Les mictions sanguinolentes diminuèrent peu à peu de fréquence et d'intensité et, le 5 août, le malade, se sentant mieux et n'urinant plus le sang depuis deux jours, demande à quitter l'hôpital.

Le 11 août, il y rentre d'urgence dans l'après-midi, en proie à un violent accès de colique néphrétique. La douleur, siégeant au niveau du rein gauche et s'irradiant le long de l'uretère jusque dans le testicule, arrache des cris au malade et augmente au moindre mouvement et au moindre contact. L'exploration de la région est impossible en raison des douleurs qu'elle éveille. Cette

colique persiste jusqu'au lendemain soir. Nouvelle colique néphrétique le 14 août.

Le 20 août, on fait passer le malade en chirurgie dans le service de M. Polaillon ; mais les hématuries et les douleurs ayant complètement cessé, aucune opération n'est tentée et R... quitte l'hôpital le 3 septembre. Le 12, il rentre à nouveau, les hématuries ayant reparu. Les douleurs sont moins vives. A ce moment, l'exploration de l'hypocondre gauche permet de percevoir, au niveau du rein, une tumeur très volumineuse et très douloureuse à la pression.

Comme le malade réclame instamment une intervention chirurgicale, il est adressé, le 16 septembre, au service de M. Guyon. Il resta à Necker un mois et demi et en sortit à peu près dans le même état, sans avoir été opéré.

Il revient à la Pitié le 30 décembre. Ses urines sont uniformément sanglantes et contiennent une proportion d'albumine qui semble supérieure à celle qui peut provenir du sang mélangé. Même douleur à la pression de l'hypocondre gauche. Le volume de la tumeur semble stationnaire.

Le 3 janvier 1890, le malade est pris d'une forte hémoptysie, sans que rien ait jusque-là attiré l'attention sur l'appareil respiratoire. A l'auscultation, on trouve un foyer de râles sous-crépitaux à la partie moyenne du poumon gauche en arrière ; sibilances disséminées. L'hémoptysie persista plusieurs jours, non plus très abondante, mais sous forme de crachats spumeux et rutilants. En même temps, le malade fut pris d'une dyspnée à maximum nocturne qui l'oblige à passer la nuit assis sur son lit. Malgré la persistance de la dyspnée, R... part pour Vincennes. Il revient à la Pitié le 25 février.

C'est alors qu'il est placé dans mon service. L'amaigrissement et l'affaiblissement ont fait de grands progrès. Le sang a reparu dans l'urine depuis trois ou quatre jours, mais il ne s'y rencontre pas d'une manière constante. Le symptôme dominant est l'oppression, qui a beaucoup augmenté depuis le 4 février. Le decubitus est impossible ; le malade reste nuit et jour assis sur son lit comme un emphysémateux. Il a en outre des accès de dyspnée qui durent environ un quart d'heure, et pendant lesquels il perd complètement la respiration. La toux est peu fréquente et apparaît de temps en temps par quintes suivies d'un accès d'oppression. Le thorax est distendu, à l'état d'inspiration continuelle ; les mouvements respiratoires sont très fréquents et de peu d'étendue. Le murmure vésiculaire est diminué dans toute la poitrine, l'expiration est prolongée et des râles sonores et humides sont disséminés à droite

et à gauche, sans localisation spéciale. L'expectoration est abondante, spumeuse, avec du muco-pus en suspension et légèrement teintée de sang. L'examen bactériologique des crachats n'y fait pas découvrir de bacilles.

Le 5 mars, à la suite d'une quinte de toux plus violente que d'habitude, le malade expectore une petite masse charnue, de la grosseur d'un petit ganglion.

La dyspnée augmente de plus en plus, ainsi que l'état asphyxique et, le 15 mars, le malade mourut dans un accès de suffocation.

Autopsie. Cavité abdominale. — Au niveau de la loge rénale gauche, on trouve une volumineuse tumeur formée par la capsule surrénale et par le rein. La capsule surrénale est transformée en tissu cancéreux; son volume est celui d'une petite orange. Le rein, peu augmenté de volume, présente à la coupe plusieurs noyaux cancéreux disséminés dans le parenchyme. Le bassinnet est distendu et rempli d'une urine trouble; un champignon cancéreux ulcéré, partant du tissu rénal, fait saillie dans sa cavité. A la partie interne de la tumeur se trouve un gros paquet de ganglions (ganglions lombaires et sus-aortiques) dont l'un atteint le volume d'une mandarine. La capsule fibreuse qui limite l'atmosphère du rein présente un réseau de vaisseaux lymphatiques cancéreux.

Le rein droit est sain, ainsi que sa capsule surrénale. La vessie, la prostate ne présentent pas d'altération. Il en est de même du foie, de l'estomac et de tout le tube intestinal.

Cavité thoracique. — Les poumons sont augmentés de volume, sans adhérences pleurales. Congestion hypostatique des bases. Toute la surface des poumons est sillonnée par un réseau de lymphatiques dilatés et remplis d'une matière jaunâtre, réseau qui est surtout serré, à droite et à gauche, au voisinage du hile, sur la face interne, sur la face diaphragmatique et sur le bord postérieur du lobe inférieur. Les lymphatiques profonds sont également atteints en grand nombre. Le tissu pulmonaire est oedématié, et à la coupe, il s'en écoule une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Il y a quelques noyaux cancéreux secondaires au pourtour desquels les vaisseaux lymphatiques altérés sont plus abondants. Dans une grande partie de l'arbre bronchique, il existe des nodules cancéreux sous-muqueux qui rétrécissent la lumière de la bronche.

Les ganglions lymphatiques du hile de chaque poumon sont dégénérés et forment de volumineuses tumeurs cancéreuses autour des grosses bronches et de la trachée. Les ganglions du médiastin

postérieur forment une masse compacte accolée à la colonne vertébrale.

La plèvre costale est indemne.

Le péricarde contient une petite quantité de liquide. Le cœur et l'aorte ne présentent pas de lésion ; le ventricule droit est dilaté.

Creux sus-claviculaires. — A gauche, derrière la partie moyenne de la clavicule, on trouve un ganglion cancéreux de la grosseur d'une petite noix ; au-dessous et en dehors de ce ganglion, presque en contact avec lui, on sent une petite masse dure qui est en rapport avec la terminaison du canal thoracique, comme nous allons le voir.

Pas de ganglions dans la région sus-claviculaire droite.

Pas de ganglions inguinaux, ni de ganglions axillaires.

Dissection du canal thoracique. — Le canal thoracique présente la dégénérescence cancéreuse dans toute son étendue. Nous avons pu le disséquer à partir de la citerne de Pecquet, au niveau de laquelle vient se jeter un vaisseau lymphatique volumineux, sain en apparence, émergeant du paquet ganglionnaire situé en dedans de la tumeur rénale. Ce n'est qu'au-delà du diaphragme que commence à apparaître la dégénérescence du canal. Il se transforme rapidement en un cordon dur, rempli de matière caséuse, et va se confondre avec une masse ganglionnaire adhérente à la grande azygos et en rapport immédiat avec les ganglions dégénérés du médiastin postérieur ; sur une longueur d'environ cinq centimètres, il ne peut être séparé de cette masse à laquelle il est accolé. Plus haut, il reprend l'aspect d'un cordon qui peut être détaché des ganglions situés au-devant de lui. Après un trajet de trois centimètres environ, il est le siège d'un renflement fusiforme de quatre à cinq centimètres de longueur, ayant à peu près le diamètre d'un crayon, libre de toute adhérence avec les tissus voisins et présentant à la coupe l'aspect du tissu cancéreux. Au-dessus de ce renflement, le canal reprend son aspect normal jusque près de son embouchure dans la veine sous-clavière gauche. A ce niveau, il est le siège d'une nouvelle formation cancéreuse, de la grosseur d'une petite amande, qui se termine du côté de la veine par un petit champignon à nu dans la lumière du vaisseau, immédiatement au-dessous de la valvule.

Le ganglion sus-claviculaire signalé plus haut se trouve situé en dedans et à peu de distance de cette petite tumeur ; il est relié à elle par des lymphatiques, qui sont intacts en apparence. Il est distant de plusieurs centimètres des ganglions trachéaux.

L'examen microscopique de la capsule surrénale, du rein, des

ganglions (y compris le ganglion expectoré) et du canal thoracique a montré qu'il s'agissait d'un epithelioma.

OBSERVATION XXV (résumée).

CORNIL. — (*Mémoire sur le cancer. In Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XLVII, 1865-66). Adénopathie sus-claviculaire gauche. Hématurie et signes d'un cancer du rein. Cachexie.

L'observation clinique contient la mention suivante (trois mois et demi avant la mort): la malade porte depuis deux ans, dans la région sus-claviculaire gauche, une tumeur de la grosseur du poing, dure, élastique, un peu mamelonnée, indolente, et sur laquelle la peau se déplace aisément. A l'autopsie: carcinome télangiectode du rein gauche, des ganglions lymphatiques, du mésentère et de la région sus-claviculaire gauche; des vaisseaux lymphatiques du poumon gauche; du corps des dernières vertèbres lombaires et de la dure-mère. « La tumeur de la région sus-claviculaire présente la même forme et la même structure à la coupe, que les tumeurs formées par les ganglions mésentériques. Elle est bosselée à sa surface et partout isolable des tissus voisins. » L'état des ganglions médiastinaux n'est point noté; il est probable qu'ils n'étaient pas altérés.

OBSERVATION XXVI (résumée).

R. HAUSSMANN. — (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1876, p. 648).
— Adénopathie sus-claviculaire droite.

Cancer primitif des deux capsules surrénales.

Autopsie. Noyaux secondaires sur le péritoine, à la surface de presque tous les viscères abdominaux. Dégénérescence des ganglions mésentériques et rétropéritonéaux. Un noyau cancéreux dans le lobe supérieur du poumon gauche. Dégénérescence cancéreuse des ganglions péri-bronchiques. « Dans la fosse sus-claviculaire droite, un paquet de ganglions lymphatiques hypertrophiés, durs, avec une capsule épaissie, fibreuse, et blanchâtres à la section. »

F. — Cancer de l'utérus.

OBSERVATION XXVII (Inédite).

due à l'obligeance de M. le Docteur Faidherbe, de Roubaix. ¹

Il s'agit d'une femme de 36 ans, exerçant une profession fatigante (marchande de lait), bien réglée jusque-là, son dernier enfant ayant trois ans et demi.

Vers le mois de juillet 1893, elle commença à souffrir de l'estomac ; dyspepsie, douleurs, vomissements. Plusieurs médecins appelés successivement la soignent pour un ulcère d'estomac.

M. Faidherbe la voit pour la première fois le 7 janvier 1894. Elle se plaignait de douleurs presque continues avec irradiation dans le dos. Vomissements glaireux ou alimentaires très fréquents, avec filets de sang, constipation opiniâtre, inappétence presque absolue.

Au bout d'une dizaine de jours de traitement (laxatifs, sirop de ratanhia et de colombo, etc.), l'appétit s'améliore et la malade demande à prendre quelques aliments.

Vers la fin du mois de janvier, la malade est prise subitement d'une crise de douleurs aiguës dans toute la région abdominale.

La constipation avait reparu ainsi que les vomissements. A l'exploration, l'estomac n'était pas douloureux, mais on trouva à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane, un petit nodule dur, de la grosseur d'une amande, qui semblait être le point de départ des douleurs abdominales.

L'esprit éclairé par cette découverte, on examine le creux sus-claviculaire et on constate immédiatement au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, entre les deux faisceaux du sternomastoïdien, l'existence d'un petit ganglion, très dur, roulant sous le doigt et absolument indolore.

Bien que la malade n'eût jamais présenté de phénomènes du côté de l'utérus, on fit le toucher vaginal et l'on parvint à sentir une tumeur volumineuse, de forme globuleuse, littéralement encastrée dans le petit bassin, et à la partie inférieure de laquelle le doigt pouvait à peine reconnaître le col irrégulier et très dur.

Par le toucher rectal, on trouve que la masse plonge dans l'excavation sacrée, où elle détermine la compression du rectum.

1. Nous offrons ici à notre ami, le Dr Faidherbe, nos sincères remerciements pour sa communication.

Le diagnostic porté fut : fibrosarcome utérin, avec propagation aux ganglions mésentériques.

Un confrère appelé en consultation fut d'avis qu'aucune intervention n'était à tenter, étant donnée l'importance de la généralisation.

On s'en tint dès lors aux moyens palliatifs on employa surtout la morphine pour apaiser les douleurs qui se reproduisirent de plus en plus fréquentes, avec exacerbations paroxystiques.

Dans le courant de février, d'autres ganglions se développèrent dans divers points de l'abdomen allant sans cesse croissant de nombre et de volume. Au ganglion sus-claviculaire primitif vinrent s'en accoler deux ou trois autres. Les règles firent défaut pour la première fois au commencement de ce mois.

Dans les derniers temps seulement, le fond de l'utérus fut nettement sensible au-dessus de l'arcade pubienne.

L'intolérance gastrique alla s'accroissant de jour en jour ; les vomissements devinrent presque continus, les douleurs incessantes, à peine calmées quelques instants par la morphine et a malade, qui avait pris un aspect squelettique effrayant, mourut le 6 avril.

Il faut noter que jamais la malade n'avait présenté de phénomènes morbides du côté de l'utérus, sauf la disparition des règles deux mois avant la mort, et des fleurs blanches la dernière semaine. L'adénopathie sus-claviculaire a été, dans ce cas, le premier signe positif en faveur de l'affection cancéreuse.

OBSERVATION XXVIII.

TROISIÈME. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1888, p. 21). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 41 ans, entrée à la Pitié le 8 décembre 1886. Cancer du col de l'utérus dont il est difficile de préciser le début. Cachexie avancée. En janvier 1887, on constate dans l'aîne gauche plusieurs ganglions qui se relient à une masse plus volumineuse, siégeant dans la fosse iliaque correspondante. Trois semaines plus tard, ganglions dans l'aîne droite. A peu près à la même époque, apparition de trois petits ganglions au-dessus de la clavicule gauche ; l'un était placé entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, les deux autres près du bord antérieur du trapèze. De nouveaux ganglions apparurent, les uns superficiels, les autres profonds ; au bout de quinze jours, le triangle sus-claviculaire était tout

entier occupé par une masse ganglionnaire, qui augmenta peu à peu de volume et qui acquit, par la suite, les dimensions d'un œuf de poule ; en même temps, l'adénopathie s'étendit à toute la partie latérale gauche du cou ; là, des ganglions échelonnés derrière le sterno-mastoidien formaient une chaîne qui remontait jusqu'à l'angle de la mâchoire ; d'autres s'étaient développés sur le trapèze. La partie droite du cou resta toujours indemne. Le 3 février, premiers signes d'une pleurésie à gauche ; la quantité du liquide épanché était de deux litres et demi au moment de la mort ; ce liquide était légèrement sanguinolent. La malade mourut le 17 mars, deux mois après l'apparition des ganglions sus-claviculaires.

A l'autopsie, epithélioma de l'utérus occupant le col et une partie du corps ; les ganglions iliaques, inguinaux et lombaires étaient cancéreux ; les médiastinaux postérieurs et les trachéo-bronchiques n'étaient pas altérés ; mais les ganglions de la partie supérieure du médiastin étaient atteints ; ils ne formaient qu'une masse avec les ganglions sus-claviculaires. Il n'y avait pas de noyaux secondaires dans les poumons. Tous les organes du petit bassin étaient recouverts par une nappe cancéreuse. Le foie était parsemé de masses cancéreuses. L'estomac ne présentait pas de lésions.

OBSERVATION XXIX.

ANDRÉ PETIT. — (*Soc. méd. Hôp.*, 1886, p. 26). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 48 ans. Epithélioma du col utérin reconnu par le toucher vaginal et l'examen au speculum. Dans les premiers jours de septembre (trois mois environ après le début supposé du cancer utérin), apparition d'un ganglion sus-claviculaire du côté gauche. Le 7 octobre, ce ganglion forme une tumeur oblongue, presque indolore, du volume d'un œuf de pigeon, offrant la consistance de la pierre, peu mobile, située en arrière et au-dessus de la clavicule, vers son tiers antérieur. A partir du 11 novembre, la tumeur sus-claviculaire augmente de volume. Le 7 décembre, elle est de la grosseur d'une mandarine ; elle est manifestement constituée par plusieurs ganglions accolés. Elle est toujours dure, ligneuse, indolore, sans adhérence à la peau, mais elle est moins mobile, son volume l'immobilisant en partie derrière la clavicule. Elle détermine des douleurs de compression et surtout des sensations

paroxystiques de strangulation. A ce moment, on constate dans l'abdomen une masse dure, bosselée, formée sans doute par les ganglions lombaires et mésentériques. Cachexie très avancée. Pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire droit, ni dans les aisselles, ni dans les aines. M. Reclus, consulté peu de temps après l'apparition du ganglion sus-claviculaire, déclare que toute intervention opératoire est contre-indiquée. Mort le 29 janvier 1888. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXX (Résumée).

RAYMOND. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1886, p. 441). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 51 ans. Cachexie. Cancer utérin reconnu par l'exploration du bas-ventre et le toucher. Le 18 octobre, on remarque pour la première fois dans le creux sus-claviculaire gauche un ganglion de la grosseur d'une noisette, dur et mobile. Ce ganglion augmente de volume jusqu'au moment de la mort (6 novembre).

A l'autopsie, épithélioma du col de l'utérus. Cancer secondaire du péritoine et du foie. Les ganglions iliaques lombaires et mésentériques sont dégénérés. Quelques noyaux cancéreux dans les poumons. Altérations cancéreuses de quelques ganglions trachéo-bronchiques et de trois ganglions situés au-devant du péricarde. Petite masse cancéreuse située sur le canal thoracique, vers la partie moyenne de son trajet dans le médiastin ; le canal reste perméable. Le ganglion sus-claviculaire est cancéreux ; il est gros comme un œuf de pigeon et situé à trois centimètres de la clavicule, sous le bord externe du sterno-mastoïdien.

OBSERVATION XXXI (résumée)

TROISIER. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1888. Observation communiquée par M. Hutinel). — Adénopathies sus-claviculaires droite et gauche.

Cancer utérin ; plusieurs semaines avant la mort, apparition de ganglions indurés, gros comme des châtaignes, dans les deux creux sus-claviculaires, particulièrement à gauche. On vit à l'autopsie que le néoplasme utérin faisait dans le cul-de-sac

péritonéal une saillie bourgeonnante du volume d'un petit œuf. Une chaîne de ganglions dégénérés existait le long de la colonne vertébrale; il y avait plusieurs noyaux sur le péritoine et l'on trouvait à la base des poumons, des trainées de lymphangite cancéreuse. Les ganglions du médiastin étaient dégénérés comme ceux de l'abdomen.

OBSERVATION XXXII

KIRMISSON. — (*Bull. de la Soc. anat*, 1875). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 55 ans. Cancer du corps de l'utérus.

Autopsie. — Dégénérescence cancéreuse des ganglions pelviens et inguinaux du côté droit et des ganglions prévertébraux; des trachéo-bronchiques et des ganglions qui entourent l'origine des artères carotides et sous-clavière du côté gauche. Pendant la vie, on avait constaté sur la partie latérale gauche du cou, immédiatement au-dessus de la clavicule, sur le bord interne du sterno-mastoïdien, une tumeur dure, bosselée, fixée profondément, sans adhérences à la peau. Cette tumeur était apparue cinq mois après le début de la maladie, trois mois avant la mort.

G. — Cancer de l'ovaire.

OBSERVATION XXXIII.

TROISIER ET MENETRIER — (*Soc. méd. des Hôp.*). — Adénopathie sus-claviculaire gauche.

Femme de 56 ans. Pas d'observation clinique.

Autopsie. — Cancer de l'ovaire gauche, qui était transformé en une masse ovoïde à surface lisse, grosse comme une tête de fœtus à terme, formée par un tissu blanc jaunâtre, mou, friable, avec des cavités remplies d'une bouillie grisâtre. L'ovaire droit et l'utérus étaient sains. Les ganglions du médiastin n'étaient pas altérés. A la partie interne du creux sus-claviculaire gauche, on trouva trois petits ganglions indurés du volume d'une noisette

formés d'un tissu blanc grisâtre et dont le suc, examiné au microscope, contenait des cellules épithéliales ; ces ganglions, quoique non volumineux, étaient donc bien dégénérés. Les ganglions sus-claviculaires droits étaient sains ; le cœur, les poumons, le foie et la rate ne présentaient pas d'altération appréciable.

OBSERVATION XXXIV.

TROISIER. — (*Soc. méd. des Hôp.*, 1888, p. 501). — Adénopathies sus-claviculaires (droite et gauche) inguinales et axillaires.

Femme de 63 ans, entrée à la Pitié le 1^{er} août 1888, morte le 28 novembre. Cachexie avancée. Signes de cancer disséminé du péritoine ; il est impossible de déterminer quel est l'organe primitivement atteint. La maladie date d'un an. Cinq semaines avant la mort, apparition de ganglions dans les creux sus-claviculaires des deux côtés. A droite, la tumeur ganglionnaire était grosse comme une noix, dure, mamelonnée, non douloureuse et mobile sous la peau ; elle formait une saillie très apparente entre le sterno-mastoidien et le trapèze. Un autre ganglion, plus petit que les précédents, entre les deux chefs du sterno. A gauche, deux petits ganglions. A l'autopsie, cancer de l'ovaire droit. Cancer secondaire généralisé du péritoine. Quelques ganglions au-devant des vertèbres lombaires. Un ganglion sur la face antérieure du péricarde, un autre au niveau du hile du poumon, un troisième sous la trachée. Adénopathies dans les aisselles et les aines de chaque côté. Tous ces ganglions, ainsi que ceux de la région sus-claviculaire, avaient subi la dégénérescence cancéreuse.

H. — Cancer du testicule.

OBSERVATION XXXV.

GODIN. — (Publiée par Troisier, *Arch. gén.* 1893, t. I, p. 434). — Cancer du testicule gauche. — Castration. — Adénopathie sus-claviculaire gauche et ganglion axillaire.

Homme de 38 ans, chez lequel le cancer du testicule aurait débuté en juin 1892. Castration le 18 octobre 1892. L'examen histologique de la tumeur démontre qu'il s'agissait bien de carcinome.

Au moment de l'opération, on avait constaté quelques ganglions inguinaux peu volumineux.

Le 11 janvier 1893, M. Godin appelé à voir le malade pour la première fois, recherche l'adénopathie sus-claviculaire. Il trouve dans le creux sus-claviculaire gauche, un ganglion de la grosseur d'une petite noix, situé immédiatement en dehors du sternomastoidien et dépassant de la moitié de sa hauteur le bord postérieur de la clavicule. Ce ganglion est mobile sous la peau, dur, non mamelonné.

État cachectique très avancé.

Au 25 mars, la tumeur ganglionnaire a doublé de volume et fait bomber la région sus-claviculaire; elle est dure, un peu mamelonnée, indolente, mobile et sans adhérence avec la peau. Elle semble toujours formée par un ganglion unique qui plonge derrière la clavicule, mais dont les trois quarts sont au-dessus de cet os.

Il n'y a pas de ganglion dans le creux sus-claviculaire droit, mais on trouve dans l'aisselle gauche un ganglion (qui n'existait pas en janvier) et plusieurs petits dans l'aîne du même côté.

OBSERVATION XXXVI.

PONCET. — (*Lyon médical*, 1893, t. LXXIV, p. 606). — Adénopathie sus-claviculaire gauche, de nature chondro-sarcomateuse. — Chondro-sarcome du testicule droit. — Mort de généralisation cancéreuse.

F. L..., 37 ans. Tuméfaction du testicule droit remontant à huit mois. Entré le 11 février 1893.

Deux mois avant son entrée, il s'aperçut, au niveau de la région claviculaire gauche, d'une petite tumeur du volume d'un gros pois, qui ne provoquait aucune douleur et qui déjà roulait difficilement sous la peau. Cette tumeur, comme celle du testicule, s'est développée insensiblement pour atteindre le volume d'une orange aplatie.

L'examen de la tumeur testiculaire montre qu'il s'agit d'un néoplasme avec hydrocèle symptomatique. Pas de ganglions inguinaux.

Quant à la tumeur sus-claviculaire gauche, elle aurait été ponctionnée deux fois, dans le service de M. Lépine, à un mois de distance, et la ponction n'aurait donné issue qu'à quelques gouttes de sang. Elle est allongée transversalement, parallèlement à la clavicule. Elle est indolore et donne, dans la plus grande partie de sa masse, la sensation de fluctuation. La peau qui la

recouvre a une teinte rosée ; elle paraît en être indépendante. A première vue, on croirait se trouver en présence d'un adénophlegmon infectieux de la région sus-claviculaire.

19 février 1893. Castration droite. — La tumeur testiculaire est du chondrome embryonnaire ou chondro-sarcome.

En même temps, tentatives d'ablation de la tumeur sus-claviculaire, qui est située sous l'aponévrose cervicale.

Elle est constituée par un tissu mou, vasculaire, manifestement encéphaloïde, qui se détache facilement sous le doigt ; on le dirait encapsulé. On enlève avec elle deux ganglions du volume d'une amande, ayant les mêmes caractères que la tumeur voisine.

Le malade meurt vingt jours après l'opération, de généralisation cancéreuse aiguë.

A l'autopsie, on trouve des noyaux dans le poumon, ayant à la coupe la consistance de matière cérébrale ramollie. Tous les ganglions du hile sont pris et constituent une série de noyaux, dont le dernier est en communication avec les ganglions sus-claviculaires gauches. Celui qui a été enlevé, était le dernier de la chaîne. D'autres noyaux derrière la plèvre.

Du côté de l'abdomen, on trouve au-devant de la colonne vertébrale et dans la fosse iliaque droite, une énorme masse, pesant plus de deux kilos, constituée par du sarcome généralisé dans les ganglions iliaques et mésentériques.

OBSERVATION XXXVII

PONCET (*Lyon médical*, 1893, t. LXXIV, p. 609). — Sarcome globocellulaire du testicule gauche. — Adénite sus-claviculaire gauche, survenant 14 mois après la castration.

C. C..., 20 ans, entré à la clinique en novembre 1891, pour une tumeur du testicule gauche. On porte le diagnostic de néoplasme malin. Castration le 27 novembre.

Examen histologique. — Sarcome globocellulaire ou chondrome fœtal.

Jusqu'en janvier 1893, C... s'est bien porté. A cette époque douleur de reins, amaigrissement. En même temps, apparition d'un ganglion sus-claviculaire gauche, indolent, mobile, du volume d'une noisette. Ce ganglion s'accroît progressivement, perd de sa mobilité et devient douloureux à la pression.

En vingt-quatre heures, la tuméfaction aurait doublé de volume, à la suite des nombreuses explorations faites dans le service.

L'examen de la région sus-claviculaire ne laisse aucun doute sur la nature de ce gonflement : on peut affirmer une néoplasie maligne, d'autant plus intéressante à constater qu'un examen attentif ne révèle des ganglions dans aucune autre région.

Pas d'intervention. Mort de généralisation le 2 juillet 1893.

CONCLUSIONS

1. Les néoplasmes des organes viscéraux de l'abdomen et du petit bassin peuvent s'accompagner d'adénite sus-claviculaire.
 2. Cette adénite, qui a une prédilection marquée pour le côté gauche, se recommande à notre attention par sa mobilité, son indolence, sa consistance ligneuse et par l'agglomération, en masse unique, des ganglions qui la composent.
 3. Elle s'explique par une propagation de proche en proche, ou par la formation d'une embolie cancéreuse qui, partant des lymphatiques de l'organe cancéreux, suit le canal thoracique jusqu'à son embouchure, et là, grâce à des conditions anatomo-physiologiques particulières, est repoussée par le reflux de la lymphe, vers les troncs lymphatiques efférents, qui l'amènent aux ganglions sus-claviculaires.
 4. Elle peut être d'une grande utilité pour le diagnostic des cancers viscéraux inaccessibles à la palpation et, dans les cas où elle se montre d'une manière précoce, en être le premier signe révélateur.
 5. L'adénopathie sus-claviculaire cancéreuse est une contre-indication formelle à toute intervention du côté de la tumeur primitive.
-

INDICE BIBLIOGRAPHIQUE

- BELIN. — Thèse de Paris, 1888. *Des adénopathies externes à distance.*
Bulletins de la Soc. anat. de Paris, 1864, 1875.
Bulletins de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1886-87-88-90-92-93-95.
CORNIL. — *Mém. sur le cancer.* In *Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. XLVII.
CRUVEILHIER. — *Anat. descript.*, t. III.
EWALD. — *Zeitschrift für klinisch Medicin*, 1879-80.
EYSELEIN. — *Berliner klinisch Wochenschrift*, 1874.
FRIEDREICH. — Ibid. Ibid.
GILBERT. — *Du cancer massif du foie.* Thèse de Paris, 1886.
HENOCH. — *Klinik der Unterleibs.* — *Krankheiten*, 1854.
JACCOUD. — *Leçons de clinique médicale.* Paris, 1888.
LESNÈS. — *Adénopathie sus-claviculaire dans les tumeurs malignes du testicule.* Thèse de Lyon, 1893.
LEUBE. — *Ziemssen's Handbuch*, 1879.
MAZAND. — *Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral.*
Thèse de Paris, 1877.
MUSSER. — *Philadelphia Medical Times*, 1881-82.
OPPOLZER. — *Wiener medicinisch Wochenschrift*, 1865.
PONCET. — *Lyon médical*, 1893.
RECKLINGHAUSEN. — *Virchow's Archiv.* Bd. 100, 1885.
SAPPEY. — *Anat. descript.*, t. II.
SPINELLI. — *Sull'adenopatia sopra-clavicolare nei cancri degli organi della piccola pelvie dell'addome*, in *Rivista clinica e terapeutica*, 1893.
Traité de Chirurgie, t. V.
TROISIER. — *Arch. génér. de Médecine*, 1889 et 1893.

Vu : Le Président de la Thèse,
STRAUS.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris, le 30 octobre 1895.

